

## **Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural**

**Maria Alice Barrigão Cavaleiro Carvalho da Silva**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança  
para obtenção do grau de Mestre em Educação Social.**

Orientado por

**Professora Doutora Maria do Nascimento Esteves Mateus**

**Bragança**

**2011**

Aos meus Pais, por tudo...

## **Agradecimentos**

Gostaria de expressar o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para o resultado deste trabalho. Entre as quais, e em especial:

Aos idosos do Lar de Santa Eulália com quem tive o prazer de privar e partilhar momentos inesquecíveis, pela preciosa ajuda na concretização desta investigação.

À Professora Doutora Maria do Nascimento Esteves Mateus, orientadora desta investigação, um agradecimento muito especial, pela dedicação, disponibilidade dispensada e pela excelente orientação que partilhou comigo ao longo do trabalho, dando ensinamentos e incentivos fundamentais para a elaboração do mesmo.

À Dra. Tânia Torrão pelo apoio e compreensão sempre demonstrados.

Ao Cónego António Amado por permitir a realização deste estudo na instituição que muito sabiamente dirige.

Ao grupo de investigação português da WHOQOL-Bref, pela autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados, particularmente à Professora Doutora Cristina Canavarro e à Doutora Sofia Gameiro, por toda a disponibilidade e documentação facultada para a realização do estudo em causa e ajuda incondicional para completar a análise dos resultados da investigação.

À disponibilidade e delicadeza de todos os profissionais que me acompanharam.

A todos, bem hajam!

## RESUMO

O estudo subordinado ao tema Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural, tem como objectivo avaliar a qualidade de vida de idosos naturais e residentes em meio rural, nomeadamente, no Lar de Santa Eulália, freguesia de Pinelo, concelho de Vimioso, distrito de Bragança.

Uma pesquisa documental aprofundada permitiu elaborar o quadro teórico que serviu de base a esta investigação.

Para tal foi utilizada uma metodologia quantitativa, de carácter exploratório e correlacional e foi utilizado como instrumento de recolha de dados o inquérito por questionário WHOQOL-Bref, validado pela OMS, sendo aplicado pela autora do estudo. A amostra do estudo, coincidente com a população do universo e foi de 20 idosos institucionalizados, naturais e residentes no meio rural.

Foi ainda realizada uma análise contextual na instituição em estudo durante o ano de 2011, tendo sido aplicados os inquéritos durante os meses de Julho e Agosto.

Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS, versão 19.00.

O crescente aumento da população envelhecida constitui um grande impacto na sociedade contemporânea cujas acções cada vez mais vão no sentido de promover a qualidade de vida das pessoas desta faixa etária.

Pretendeu-se com este trabalho de investigação confirmar qual a percepção que os idosos têm da sua qualidade de vida geral, no contexto dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, uma vez que consideramos extremamente importante saber em que contextos são que o idoso considera existirem lacunas para, *a posteriori*, estas serem colmatadas pelos profissionais da instituição ou outros profissionais qualificados.

Com o presente estudo confirmámos que os idosos institucionalizados no lar de Santa Eulália, manifestaram usufruir uma boa qualidade de vida geral. Os domínios com menor índice de satisfação, são o domínio físico e o domínio psicológico. O domínio social é o que revela maior índice de satisfação. No domínio ambiente circundante, revelam também níveis elevados de satisfação com os demais residentes e com a instituição.

## ABSTRACT

The study on the theme of Quality of life of institutionalized elderly in rural areas, aims to assess the quality of life of elderly residents in natural and rural areas, particularly in the home of Santa Eulália, Pinelo parish, county of Vimioso district Bragança.

A thorough documentary research allowed us to elaborate the theoretical framework that formed the basis of this research.

For this we used a quantitative methodology, exploratory and correlational in nature and was used as an instrument of data collection the survey questionnaire WHOQOL-Bref, endorsed by WHO, being applied by the author of the study. The study sample, coinciding with the population of the universe and the institutionalized elderly was 20, born and resident in rural areas.

Was also carried out a contextual analysis of the institution during the study year of 2011, surveys were applied during the months of July and August.

For statistical analysis we used SPSS, version 19.00.

The growing aging population is a major impact on contemporary society whose actions increasingly go towards promoting the quality of life of people in this age group.

With this investigation research we wanted to confirm which is the elderly perception about his overall quality of life, in the context of the physical, psychological, social relationships and environment, since we consider it's important to know in what contexts the elderly considers have more gaps, so that, *a posteriori*, this gaps can be solved by professionals in the institution or other qualified professionals.

The present study confirmed that the institutionalized elderly in the home of Santa Eulália, expressed that they enjoy a good overall quality of life. The areas with the lowest level of satisfaction are the physical domain and psychological domain. The social domain is what shows the highest rate of satisfaction. In the area surrounding environment, they also reveal high levels of satisfaction with the other residents and with the institution.

# Índice geral

Pág.

Dedicatória.....	i
Agradecimentos .....	ii
Resumo .....	iii
Abstract.....	iv
Índice geral .....	v
Índice de figuras .....	vii
Índice de tabelas .....	viii
Índice de gráficos.....	ix
Lista de siglas .....	x
Capítulo I.....	1
1. Introdução .....	1
2. Formulação do problema .....	5
Capítulo II.....	6
Enquadramento teórico.....	6
1. Qualidade de vida .....	6
1.1. Súmula histórica da qualidade de vida .....	6
1.2. Conceito de qualidade de vida .....	8
1.2. Conceito de envelhecimento .....	12
1.3. Qualidade de vida no envelhecimento .....	15
1.4. – Estruturas de apoio social a idosos em meio rural .....	23
1.5 - Da família à institucionalização do idoso em meio rural .....	28
Capítulo III .....	31
Metodologia.....	31
1. Introdução .....	31
2. Caracterização da amostra .....	32
3. Instrumentos de recolha de dados.....	34
Capítulo IV .....	37
Apresentação e análise dos resultados .....	37
1. Análise da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida: WHOQOL-BREF.....	37
2. Análise inferencial.....	41
3. Discussão dos resultados .....	44
Considerações finais .....	49
Referências bibliográficas .....	51

Anexos.....	57
Anexo A – Pedido de autorização para utilização do instrumento de recolha de dados .....	58
Anexo B – Pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados.....	64
Anexo C – Instrumento de recolha de dados (WHOQOL-Bref) .....	67

## Índice de figuras

	Pág.
<b>Figura 1</b> – Representação da hierarquia da informação em QdV (adaptado de Pimentel, 2006) .....	10
<b>Figura 2</b> – Multidimensionalidade da qualidade de vida (fonte: Ballesteros, 1993) .....	17



## Índice de gráficos

	Pág.
<b>Gráfico 1.</b> Distribuição da amostra de acordo com a idade .....	33
<b>Gráfico 2.</b> Classificação da satisfação com a vida numa escala de 1 a 10 .....	40

## Índice de tabelas

	Pág.
<b>Tabela 1.</b> Distribuição da amostra de acordo com o género .....	32
<b>Tabela 2.</b> Estatística descritiva para a idade .....	33
<b>Tabela 2.</b> Distribuição da amostra tendo em conta o estado civil .....	33
<b>Tabela 3.</b> Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade .....	34
<b>Tabela 5.</b> Valores médios e desvio padrão de cada item da escala WHOQOL- -BREF, correlações entre cada item e o total da escala sem esse item e alfa de Cronbach .....	38
<b>Tabela 6.</b> Estatística descritiva para cada domínio da escala WHOQOL-BREF .....	39
<b>Tabela 7.</b> Descrição do grau de felicidade que os inquiridos referem possuir no lar .....	39
<b>Tabela 8.</b> Teste T-Student para comparar os valores médios nos domínios físicos, psicológico e social de acordo com o género .....	41
<b>Tabela 9.</b> Teste Mann-Whitney para comparar os domínios qualidade de vida em geral e meio ambiente em função do género .....	41
<b>Tabela 10.</b> Teste T-Student para comparar os valores médios nos domínios físico, psicológico e social de acordo com o estado civil .....	42
<b>Tabela 11.</b> Teste Mann-Whitney para comparar os domínios qualidade de vida em geral e meio ambiente em função do estado civil .....	42

## **Lista de siglas**

QdV	Qualidade de vida
GDS	Escala de Deterioração Global
OMS	Organização Mundial de Saúde
AVD	Actividade Vida Diária
AVDI	Actividade Vida Diária Instrumental
WHOQOL-bref	Instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida
TL	Termos Logos

## **Capítulo I**

### **1. Introdução**

Com o crescente aumento demográfico da terceira idade ascende a preocupação com a qualidade de vida desta população que, por sua vez, contribui para o desenvolvimento e alargamento de novas áreas das ciências humanas e sociais, como também a necessidade de reformular novas políticas, comprometendo assim as entidades governamentais a uma tomada de decisão legislativa.

Falar de qualidade de vida, implica articular com saúde. A Organização Mundial de Saúde - OMS (1947) definiu saúde como *estado completo de bem-estar físico, mental e social e que não consiste somente numa ausência de doença ou de enfermidade* (p. 1).

Repetem-se os argumentos quando a Organização Mundial de Saúde – OMS, em 1994, anuncia a qualidade de vida como sendo *a percepção que o indivíduo tem da sua atitude na vida, no contexto onde está inserido, tendo em conta a cultura, os valores, objectivo de vida, relações sociais e perspectivas de vida*. (p. 8).

Reconhecida a problemática, esta organização assumiu a responsabilidade de constituir um grupo de trabalho para que fossem elaborados instrumentos e mecanismos que contribuíssem para a viabilidade e credibilidade dos estudos efectuados. Por conseguinte, despertou o interesse em várias áreas de investigação, incluindo as ciências sociais.

Quando falamos dos idosos, referimo-nos a uma camada especial da população, que possui um leque considerável de experiências, riquíssimas em variedade de aprendizagens, embora sinta as mesmas necessidades básicas que o resto da população, necessidades de amor, calor familiar, segurança interior e exterior e necessidade de ser independente, sendo que esta independência se traduz no bem-estar e na autonomia.

Consideramos que a promoção da saúde e qualidade de vida são os objectivos mais importantes em actividades com idosos, pois é fundamental que o idoso aprenda a lidar com as transformações do seu corpo e tire proveito das suas condições físicas e psicológicas, no sentido de prevenir possíveis défices na saúde e promover a sua autonomia. Assim, será necessário que procure um estilo de vida activo, integrando actividades físicas na sua vida quotidiana.

Da mesma forma, o processo do envelhecimento, em si, leva a que as condições físicas do idoso não sejam geralmente semelhantes para todos, provocando sofrimento e incapacidades funcionais, o que se designa por alterações biológicas.

O envelhecimento é uma realidade mundial à qual Portugal não está imune. O aumento da esperança média de vida está a tornar este fenómeno populacional mundial deveras preocupante, quer em termos económicos quer em termos políticos e sociais.

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística – INE (2002c) verificou-se que o número de pessoas com 65 ou mais anos de idade duplicou entre 1960 e 2004. Estima-se que em 2050 tal voltará a acontecer, esperando-se que a população idosa atinja 32% da população total.

De acordo com Ribeiro (1994) o envelhecimento é um processo natural, caracterizado por uma série de alterações morfo-funcionais, bioquímicas e psicológicas que ocorrem no organismo ao longo da vida. Esse envelhecimento normal não impossibilita que o idoso desfrute de uma boa qualidade de vida, quando as suas funções vitais são avaliadas adequadamente, prevenindo o surgimento das doenças crónico-degenerativas.

Segundo Fonseca (2004) ao nível psicológico, mais do que o processo de envelhecimento, são as sucessivas crises pelas quais o idoso passa (lutos, perdas de papéis sociais, mudanças de vida) que alteram as suas características psicológicas. Relativamente ao nível sócio-cultural o idoso caracteriza-se muitas vezes pelo isolamento, mas pior que o isolamento é a solidão sentida, mesmo quando vive acompanhado por familiares ou outros, gerada pela impossibilidade de intimidades nas relações. Também no aspecto social, o facto de o idoso já não contribuir produtivamente para a sociedade leva a que seja tratado de modo diferente, o que não contribui para a sua integração social, mas antes para a sua marginalização.

Com todas estas alterações inerentes ao idoso, questionamo-nos: “Que qualidade de vida para a pessoa idosa?” e com esta questão em mente, delineamos o presente tema de investigação, no sentido de verificar qual a percepção que os idosos institucionalizados em meio rural possuem acerca da sua qualidade de vida.

Tendo tomado contacto com uma realidade nova, aumentamos o nosso interesse em perceber e avaliar a qualidade de vida (QdV) de idosos institucionalizados que, tendo de ser afastados da sua casa, se mantiveram no mesmo meio sócio-cultural, permitindo-lhe manter laços com as suas raízes.

Muitos dos idosos conseguem adaptar-se à velhice e a toda esta problemática, como mais uma fase na vida, independentemente das suas limitações físicas. Mas existem outros em que a situação é o inverso e têm alterações de tal ordem que necessitam de internamento em lares, sendo que, na nossa opinião, esta deveria ser a última opção para esta problemática. O motivo da entrada no lar é geralmente a incapacidade de resposta satisfatória por parte do meio sócio-familiar.

Se um idoso no seio da sua família já sente alguns problemas importantes que afectam a sua qualidade de vida, o recurso a uma institucionalização num lar poderá ser uma das respostas a este tipo de problemas. Pretende-se com esta investigação dar resposta a esta problemática que se interliga com a qualidade de vida e a institucionalização e nos conduz à percepção que os idosos possuem acerca da sua qualidade de vida.

Perante o envelhecimento progressivo da população, a sociedade civil e o Estado tiveram que se organizar e criar condições para acolher o número crescente de idosos e promover a sua qualidade de vida. De acordo com o decreto-lei 64/2007, as principais respostas direccionadas para os idosos são as relacionadas com a saúde (hospitais, hospitais de retaguarda ou geriátricos, apoio domiciliário integrado, ...) e no âmbito social (lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, rede nacional de cuidados continuados...). Da mesma forma, foram criadas respostas sociais, quer privadas quer participadas pelo Estado, que nos últimos anos têm dado resposta, no âmbito social, às necessidades da população mais envelhecida (com pouco ou quase nenhum apoio da família mais próxima) mas que procura manter a sua qualidade de vida, recorrendo a instituições próximas do seu local de residência.

O presente estudo encontra-se dividido em três capítulos distintos que se interligam, pois embora sejam abordados conceitos diversificados, todos se relacionam no sentido de dar resposta ao objectivo inicial desta investigação.

No capítulo I, é feita a descrição do tema, objectivos, questões de investigação e pertinência da escolha do tema.

No capítulo II, contextualiza-se o tema, com uma súmula histórica da qualidade de vida, os conceitos da qualidade de vida e envelhecimento, comparando qualidade de vida e envelhecimento, elencando as diferentes respostas sociais às necessidades do idoso institucionalizado e enumerando alguns dos factores que podem influenciar as famílias a institucionalizar os idosos, bem como o porquê da escolha de respostas sociais em meio rural.

No capítulo III, descreve-se a metodologia aplicada, define-se o estudo empírico, caracteriza-se a amostra, apresenta-se o instrumento de recolha de dados e já com base na aplicação e recolha de dados será apresentada a análise e discussão de resultados atingidos ao longo da investigação efectuada no ano de 2011 no Lar de Santa Eulália, em Pinelo – no concelho de Vimioso.

Por fim, e com base nos resultados da investigação, serão enunciadas as considerações finais.

## **2. Formulação do problema**

Partindo do pressuposto que a promoção da qualidade de vida dos idosos é essencial para o seu bem-estar físico, psicológico e social, formulamos o problema que servirá de base à nossa investigação.

Poderão os idosos, institucionalizados em meio rural, sentir/percepcionar que a instituição onde se encontram lhes garante uma qualidade de vida geral adequada às suas necessidades?

As questões a seguir enunciadas podem clarificar respostas que darão consistência ao problema formulado.

- O que é para um idoso institucionalizado a qualidade de vida?
- Será que o idoso considera qualidade de vida apenas o que se refere ao domínio físico ou também ao psicológico?
- Poderá o idoso institucionalizado aliar a sua qualidade de vida ao considerado domínio social?
- Será que o idoso sente o domínio ambiental como fazendo parte da sua qualidade de vida?
- Será que a forma como a instituição actua é percebida pelo idoso como garante da sua qualidade de vida?

Por conseguinte foi definido para o estudo o seguinte objectivo:

- Avaliar a percepção que os idosos institucionalizados em meio rural têm sobre a qualidade de vida nos domínios social, físico, psicológico e ambiental, oferecida pela instituição onde se encontram.



## **Capítulo II**

### **Enquadramento teórico**

#### **1. Qualidade de vida**

##### **1.1. Súmula histórica da qualidade de vida**

Ao longo dos tempos, vários estudiosos direccionaram os seus estudos na procura da resposta à questão do que seria a felicidade humana, sendo que aquela que foi mais valorizada foi a definição de Aristóteles que, segundo Canavarro (2010) é uma (...) *perspectiva eudemonista, segundo a qual o caminho mais virtuoso para o homem seria aquele que se orientasse para alcançar a excelência física e moral, designado por “vida racional”* (p. 4). A mesma autora (2010) refere ainda outras respostas a esta questão, nomeadamente o hedonismo e o epicurismo que *são consonantes na conceptualização da felicidade como um estado almejado de obtenção do máximo prazer, em detrimento do sofrimento e da dor, nas diversas áreas da vida de um indivíduo* (p. 4).

Posteriormente, até à primeira metade do século XX, predominou a análise mercantilista do bem-estar que e, ainda, segundo Canavarro (2010) *encontrava-se intimamente dependente dos níveis económicos, sendo por isso, lógica a associação entre o crescimento económico de uma nação e o bem-estar da população* (p. 4), mas esta definição, segundo a já referida autora (2010), foi posta em causa após a 2ª Guerra Mundial, pois não existia equilíbrio entre o crescimento económico dos Estados Unidos da América e as problemáticas sociais.

Segundo Fleck *et al* (1999) é neste contexto que a expressão qualidade de vida é empregada pela primeira vez em 1964, pelo então presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, em início de mandato, quando referiu que a medição dos objectivos da economia não poderia ser feita apenas considerando os balanços dos bancos e sim através da qualidade de vida que estes objectivos económicos proporcionam às pessoas.

Mais tarde Awad e Voruganti (2000) reforçam que a qualidade de vida é (...) *uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é* (p. 558).

Para estes autores (2000) a melhoria da qualidade de vida é cada vez mais desejada pela idade mais avançada. Os anos vividos, na sua trajectória de longevidade, desejam-se repletos de dignidade, decência e satisfação. No campo da investigação, a percepção da qualidade de vida no seu todo só fará sentido se for estudado nos domínios histórico, social e cultural, à extensão regional e pessoal que cada um vive e sente.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1994) e Fleck *et al* (2000) e considerando a versão portuguesa do instrumento de avaliação WHOQOL-Bref, verifica-se que a base da qualidade de vida, está assente na conjunção dos domínios fundamentais, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

O conceito de qualidade de vida, como afirma Fallowfield (1990) é algo vago. Varia de pessoa para pessoa e de contexto para contexto, revestindo aspectos dos mais materializados aos mais espirituais.

No entanto, aqui interessa-nos o conceito mais preciso e ligado ao campo da saúde. Ainda segundo Fallowfield (1990) o interesse pela qualidade de vida na saúde cresce a partir dos anos 70, como consequência da exigência de uma visão mais holística dos problemas de saúde, aliás reflectida na própria definição da OMS como bem-estar físico, social e emocional e não somente a ausência da doença.

A melhoria das condições sanitárias da população e os espectaculares avanços da medicina levaram ao aumento da esperança média de vida, mas trouxeram como reverso da medalha, muitas vezes, uma redução na qualidade dessa mesma vida.

Tornou-se assim, de acordo com Kaplan (1985) cada vez mais generalizado o consenso de que as metas dos serviços de saúde devem ser duas: não só prolongar a vida, mas também melhorar a sua qualidade.

Se no campo da saúde o prolongamento da vida se avalia facilmente através das taxas de mortalidade, a qualidade de vida já é mais difícil de quantificar exigindo, segundo Fallowfield (1990) uma definição mais precisa do termo e uma metodologia adequada à sua medição.

Para a Direcção Geral de Saúde - DGS (2003) o conceito de qualidade de vida tem a ver com a percepção por parte dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar o estado de felicidade e de realização pessoal na procura de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência.

A qualidade de vida na pessoa idosa dependerá da

*(...) preparação física, psicológica e social para a reforma, prolongando o período de actividade e capacidade para viver autónomo; minimização nas dificuldades e desconforto que as doenças crónicas possam provocar e promoção de um suporte emocional à pessoa idosa e família, assegurando menor stress físico e mental perante doenças terminais (Coste, 1993, p. 33).*

O termo qualidade de vida foi e continua a ser muito utilizado, em definições que não têm uma aceitação igual, o que parece lógico, dada a evidência da pluralidade conceptual ao nível dos indivíduos.

Assim, de seguida serão apresentados alguns dos conceitos que contribuíram para a análise da complexidade da definição de qualidade de vida.

## **1.2. Conceito de qualidade de vida**

O conceito de qualidade de vida é muito subjectivo, amplo, complexo e ambíguo. Permanecem distintas tentativas de definir qualidade de vida, como similarmente subsistem numerosas enunciações de saúde, entre as quais a da OMS, que em 1947 definiu saúde como um *estado completo de bem-estar físico, mental e social e que não consiste somente numa ausência de doença ou de enfermidade* (p. 1).

No entanto, ao debruçarmo-nos sobre a qualidade de vida, é pertinente e relevante a condição de sanidade, seja numa perspectiva biológica seja bioética, pois a qualidade de vida está subjacente à dor, à doença, ao sofrimento, mas também à acessibilidade para todos no que diz respeito a manter a pessoa saudável, pois temos o direito a ter uma vida justa, sem prejuízo e com condições que proporcionem uma boa qualidade de vida.

Shumaker *et al* (1990) citados por Ribeiro (1994) definem qualidade de vida como uma satisfação individual global com a vida, e a sensação geral, pessoal, de bem-estar.

Skypper *et al* (1990) citados por Ribeiro (1994) definem qualidade de vida como o efeito funcional de uma doença e do seu tratamento no doente, tal como é percebido por este.

De acordo com Ribeiro (1994) o tema da qualidade de vida (QdV) assume, actualmente, uma importância crescente tanto no domínio do Sistema de Saúde em geral, como no domínio do Sistema de Cuidados de Saúde em particular.

Cramer (1994) define qualidade de vida como bem-estar físico, mental e social, completo e não apenas ausência de doença, que corresponde precisamente à definição de Saúde da Organização Mundial de Saúde (1947).

Segundo Berger *et al* (2002) o conceito de qualidade de vida traduz-se numa expressão que se vem tornando comum no quotidiano, mas que se reveste de grande complexidade, dada a subjectividade que representa para cada indivíduo ou grupo social, podendo representar felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, possuir residência própria e com condições de habitabilidade, ganhar um salário digno, ter amor e família, poder conciliar lazer e trabalho, ter liberdade de expressão, ter segurança.

Mas, qualidade de vida é para o idoso

*a percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objectivos, expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação afectado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de independência e suas relações com características salientes do seu meio ambiente*  
(World Health Organization Quality of Life Assessment - WHOQOL, 1995, p. 28).

No entanto, como todos os conceitos evoluem ao longo da história, o conceito de qualidade de vida também teve as suas variantes e desenvolvimento, como refere a OMS (1994) quando diz que ter qualidade de vida não é só a ausência de doença, é também analisar factores aliados a esta temática como a longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, prazer e espiritualidade.

O termo qualidade de vida como vem sendo aplicado na literatura médica, parece não ter um único significado. Condições de saúde, funcionamento social e qualidade de vida têm sido usados como sinónimos e a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõem instrumentos para sua avaliação. A designação qualidade de vida é geral e inclui uma variedade potencial de condições que podem afectar a percepção do indivíduo, os seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

De acordo com o referido por Minayo *et al* (2000) a qualidade de vida é compreendida, como parte de um bem individual e colectivo, entendendo a saúde como uma condição biológica e social determinada por factores objectivos, do ponto de vista das necessidades de subsistência, e factores subjectivos, considerando as necessidades sociais e a realização psicológica do ser humano.

Rojas (2001) refere vivamente, que é necessário tapar o vazio deixado pelo tempo do trabalho e que tem de ser preenchido para que o indivíduo que envelhece não se sinta desnecessário ou inútil à sociedade.

O mesmo autor (2001) considera também que o envelhecimento é declaradamente, hoje, uma ocorrência estruturante das nossas sociedades. A revolução demográfica é hoje confrontada com profundas mudanças socio-económicas, políticas (a nível de protecção social, e com maior impacto na reforma), na situação da saúde e disposição territorial da população. O somatório das questões mais pertinentes para dar uma resposta e satisfazer a população mais envelhecida tem vindo a contribuir para que as entidades responsáveis criem novas estratégias políticas e organizacionais de protecção social, que garantam o acesso dos cidadãos séniores aos seus direitos cívicos e sociais.

Assim e de acordo com Pimentel (2006) a qualidade de vida poderá ser composta por vários níveis, sendo representada por um modelo de 3 níveis, onde se abordam diferentes conceitos acerca desta temática, conforme se verifica da figura 1.

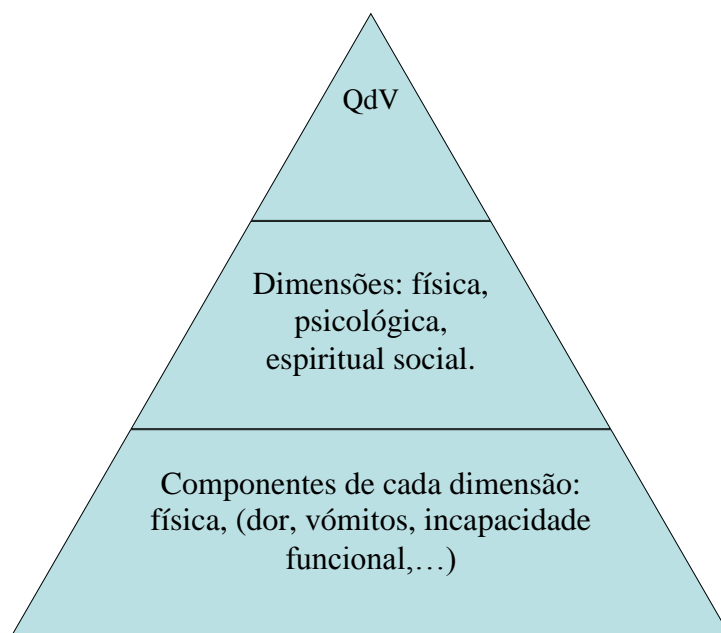


Figura 1 – Representação da hierarquia da informação em QdV (adaptado de Pimentel, 2006)

De acordo com Pimentel (2006) esta pirâmide permite representar a qualidade de vida global do indivíduo, sendo que no topo se encontra a qualidade de vida óptima, no nível intermédio estão definidas as dimensões que poderão ser analisadas para sabermos se existe qualidade de vida e no nível inferior encontram-se as componentes de cada

dimensão, conforme se pode analisar, também, quando se aplica o instrumento de investigação definido pelo grupo WHOQOL.

*A qualidade de vida de uma população depende de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços económicos e sociais: emprego, renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa qualidade etc. É bom lembrar que o conceito de bem-estar, de qualidade de vida, varia de sociedade para sociedade de acordo com cada cultura. (Serra et al, 2006, p. 54).*

Os mesmos autores (2006) referem, ainda, que da mesma forma que varia com a cultura, também varia de acordo com o que cada indivíduo pensa e sente necessidade. Por tudo isto, estudar a qualidade de vida é extremamente difícil. A alteração civilizacional, estrutural e funcional, particularmente de carácter sócio-económico e tecnológico, tem-se repercutido de forma intensa e significativa no viver quotidiano, traduzido especialmente no aumento de tempo livre, onde a população sénior se integra.

Segundo Serra *et al* (2006) vivemos mais porque vivemos melhor, mas a questão é como gerir este percurso mais durável, como enfrentar o desconhecido, a redução das nossas capacidades e a contingente perda de autonomia, onde a nossa cultura a aclama como fundamental.

Assim, não poderemos deixar de relacionar qualidade de vida com a forma como vamos vivenciando as diversas experiências de vida, em particular, o envelhecimento e a forma como se envelhece nas sociedades contemporâneas, pois esta temática tem vindo a estimular o interesse dos investigadores em variadíssimas áreas.

Da mesma forma,

*Qualidade de Vida tem a ver com a forma como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Compreende aspectos como a saúde, a educação, o transporte, a moradia, o trabalho e a participação nas decisões, em situações muito variadas como o atendimento digno em caso de doença e de acidente, o nível de escolaridade, o conforto e a pontualidade nas deslocações, a alimentação em quantidade suficiente e em qualidade e até a posse de electrodomésticos. (Pires, 1998, citado por Leal, 2008, p. 2).*

Para que se chegasse a esta conclusão, foram várias as ciências que analisaram a temática do envelhecimento, todas com o objectivo comum de contribuir para uma melhoria da qualidade de vida do idoso. Desde a biologia, à medicina, à psicologia, às ciências sociais (sociologia, ciências jurídicas, políticas, socioeconómicas, as

humanidades) em geral, todas estão empenhadas no estudo acerca do envelhecimento demográfico registado a nível mundial, assim como na definição de formas de actuar no sentido da promoção da satisfação e qualidade de vida.

*O prolongamento da vida humana é muito mais do que um mero fenómeno biológico e de aparência dependente da evolução da ciência, pois depende não só do padrão genético individual, mas também e seguramente muito mais de outros factores como por exemplo das condições políticas e sociais do país de residência habitual, bem com da sua cultura, recursos económicos e qualidade ambiental* (Saldanha, 2009, p. XVIII).

De uma forma sintetizada e, certos de que muito mais haveria a referenciar acerca da temática do envelhecimento, de seguida serão abordados alguns conceitos que nos parecem pertinentes para a contextualização desta investigação.

## **1.2. Conceito de envelhecimento**

É uma verdade inegável que não se pode fugir ao envelhecimento. São leis impostas pela natureza.

Mas uma coisa é envelhecer passivamente, doentamente, urdindo amarguras, aceitando o facto como um fatalismo contra o qual não adianta lutar e outra, bem diferente, totalmente positiva, é a decisão de assumir a condição de idoso como um período da existência digno de ser bem vivido, tirando maior e melhor partido dessa fase da vida.

Ballesteros (2000), etimologicamente, define velhice como a derivação de velho, que provem do latim *veclus*, *vetulusm* definido por *pessoa de muita idade* (p.39) e refere que o envelhecimento, a velhice e o idoso, constituem evidentes objectos de estudo da gerontologia que podem ser abordados desde uma perspectiva de investigação básica e aplicada.

Beauvoir (1970) refere que envelhecer é um processo irreversível e universal, iniciado no momento do nascimento, que se traduz por alterações várias e complexas, as quais se acentuam em determinada altura do trajecto humano. Mas considera que na sociedade ocidental, o reconhecimento da transição de um grupo de idade a outro processa-se de forma imediata, dependente da idade biológica correspondente. A forma como a sociedade concebe os períodos de vida, de acordo com a ideologia da época, justifica a variabilidade de representações do envelhecer, ao longo da história ocidental.

Em Portugal, de acordo com dados do INE (2001), foi a partir da década de 80 que o estudo do envelhecimento começou a ganhar estatuto, graças aos conhecimentos multidisciplinares acerca do envelhecimento e do idoso, promovendo novos estudos e em consequência, a criação de novas metodologias de trabalho e de novas áreas de estudo, como a gerontologia.

Birren e Zarit (1985) consideram que envelhecer tem a ver com mudanças regulares, ocorridas em organismos geneticamente maduros, vivendo em condições ambientais específicas, à medida que a idade cronológica avança. Nesta perspectiva, o envelhecimento é a contrapartida do desenvolvimento.

Dias (1987) refere que é importante focar os aspectos psicológicos inerentes a situações sociais e físicas que vão emergindo ao longo da vida. Designadamente quando se atinge a idade da reforma (variável de caso para caso) emerge um estado de insegurança e um sentimento de vulnerabilidade perante as dificuldades habituais da vida, entrando a pessoa idosa num ciclo vicioso: isolamento forçado - isolamento desejado - desconfiança em relação ao meio.

Este sentimento de fragilidade explica que o idoso face a situações de mudança, que anteriormente realizava sem problemas, sinta agora grandes angústias. As vivências da perda de objecto (materiais ou imaginárias) bem como a forma de reagir a essa situação são componentes importantes. Surge a confrontação com a perda da saúde, da actividade profissional, do cônjuge, dos amigos, dos familiares, entre outros.

Tendo em conta que a qualidade de vida do idoso está subjacente à qualidade de saúde e da forma como se envelhece, não podemos, desatender, aos prenúncios dos diferentes autores ao longo das últimas três décadas, auge da universal preocupação com o envelhecimento, a nível mundial.

De acordo com Bleger (1989) Lutter *et al* (1990) e Chodzko (1998) o envelhecimento faz parte da vida, é um processo que se inicia logo que nascemos. E Berger *et al* (2002) vão mais longe quando afirmam que o envelhecimento se inicia na concepção.

De acordo com Brissos (1990) o envelhecimento assume-se como um processo complexo, condicionado quer por factores intrínsecos quer por factores extrínsecos. Destes últimos ressalta a enorme importância ecológica do meio físico e social envolvente. Assim, o envelhecimento difere grandemente de indivíduo para indivíduo, tendo em conta as diferentes vivências e competências adquiridas, profundamente radicadas na sociedade em que a sua vida se desenrole.



Já Ilheu (1993) define a velhice como o estado de uma pessoa que, devido ao avanço na idade (idade cronológica) sofreu um declínio nos seus órgãos e capacidades intelectuais e consequentemente uma diminuição da sua participação social.

Filho e Alencar (1998) conceituaram este mesmo termo como (...) *um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte* (p. 60).

De acordo com os mesmos autores (1998) o envelhecimento é um processo evolutivo, dinâmico, responsável pelas alterações bioquímicas, morfológicas e psicológicas, sendo que estas alterações contribuem para uma perda de aptidões do indivíduo no meio ambiente onde se insere e para a sua maior vulnerabilidade aos processos patológicos que acabam por torná-lo dependente e levá-lo à morte.

Pode ainda entender-se o envelhecimento como:

*um processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado ambientalmente, deixando resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de muitas doenças, de acidentes, (...) e de instabilidades dinâmicas e por fim resulta a morte* (Yates, 1993, citado por Fonseca, 2005, p. 98).

Costa (1999) define envelhecimento, de acordo com as alterações biológicas inerentes, como sendo (...) *um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente e acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo* (p. 43).

O aumento da esperança média de vida na população humana aconteceu de forma mais evidente no declinar do século XX, sobretudo nas sociedades industrializadas, com o notável avanço da ciência médica e da qualidade de vida. A diminuição do número de nascimentos e o aumento de pessoas idosas é a realidade contemporânea a nível mundial.

Ermida (1999) revela a mesma opinião, reafirmada por Rojas (2001) quando elenca que as células, e consequentemente os tecidos, órgãos e sistemas não envelhecem todos ao mesmo ritmo, havendo um envelhecimento heterogéneo.

De acordo com Almeida (1999) o conceito de envelhecimento forma-se com base numa popularidade de elementos, tais como valores, os padrões de comportamento, o sistema moral, os costumes e as experiências prévias de cada um, fruto da própria formação de cada indivíduo e/ou fruto do contacto social.

Segundo Corrêa (2000) o envelhecimento não é apenas um simples processo físico, envelhecer é também um estado de espírito. O envelhecimento humano é, assim, um processo de desenvolvimento natural, heterogêneo, individual e social, profundamente evolutivo e positivo. Desafia a sociedade a repensar toda a sua lógica de organização social, para se adaptar, de forma adequada, ao prolongamento da vida humana.

*Quando me questiono sobre a minha idade e sobre a forma de estar nela, lembro-me sempre de uma frase de Louis Armstrong, citada num jornal inglês. Ele dizia assim: quando me perguntam quando é que me reformo geralmente respondo: lá de onde eu venho as pessoas não se reformam. Deixam tocar quando entram os portões* (Cutileiro, 1977, citado por Leon, 2001, p. 17).

Considerando o exposto pelo referido autor e tendo em conta que nos meios rurais sempre se trabalhou para a própria subsistência, seja na área agrícola, seja utilizando as artes tradicionais, estamos plenamente de acordo quando se refere ao facto de não existirem aposentações, nestes casos, pois são pessoas que trabalharão sempre ou até quando puderem.

Desta forma e tendo em conta que os estudos sobre a qualidade de vida contribuíram também para a alteração de paradigmas sociais no envelhecimento, iremos, de seguida, relacionar estas temáticas.

### **1.3. Qualidade de vida no envelhecimento**

Considerando que a definição de qualidade de vida evoluiu ao longo dos tempos e que, de acordo com diversos autores, deverá ser amplamente promovida na idade idosa, será de todo pertinente relacionar a qualidade de vida com o envelhecimento em si.

Nesta linha de pensamento, Brissos (1990) considera que apesar de o envelhecimento ser um destino biológico do homem, é vivido de forma variável consoante o contexto em que se insere. O contexto social em que o indivíduo envelhece, determina se o processo de envelhecimento é uma experiência positiva ou negativa. Todavia, o contexto social é também influenciado pelo envelhecimento, uma vez que o idoso é possuidor de determinadas características e experiências que implicam uma determinada actuação por parte da sociedade. O crescente número de idosos na sociedade contemporânea tem despertado o interesse para as questões sociais relacionadas com o envelhecimento.

Como resposta, muitas autarquias já se preocupam com formas de ocupar os tempos mais livres dos seus habitantes, sendo que, muitas vezes, passam simplesmente por

promover passeios ou encontros de idosos. Surgem alguns espaços de lazer, com preços acessíveis a esta população e muitos deles já têm a preocupação de fazer face às barreiras arquitectónicas, que possam impedir a acessibilidade dos idosos a qualquer tipo de satisfação de necessidades, devido à sua mobilidade mais limitada. Tudo isto com a finalidade de oferecer melhor qualidade de vida, ou simplesmente, o benefício de terem um dia diferente contribuindo para o bem-estar destes utilizadores.

Também Barata (1997) refere que o envelhecimento humano surge com o desencadear de diversos novos problemas sociais que resultam essencialmente de duas ordens de factores. Em primeiro lugar, o crescente número de pessoas idosas, com problemas específicos no campo da saúde, do apoio social e da participação na vida da comunidade. Em segundo lugar, o factor ligado às motivações e aspirações que exigem novas respostas sociais e culturais, que possibilitam uma melhor qualidade de vida, quer em termos de saúde física e mental, quer em termos de interacção social.

Trata-se, no entender de Jentoft (1991) de um processo que se realiza a partir do ciclo de vida biológico inerente ao ser humano, cujo resultado é óbvio, mas cujo mecanismo permanece desconhecido. Envelhecer é, assim, um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, mas individual e variável, o que poderá justificar a tendência para denominar os idosos como sendo um grupo heterogéneo. Na realidade, este é um dos períodos da vida onde abundam as transformações nas funções biológicas, nas capacidades mentais, nos traços da personalidade, nos papéis sociais, com a diferença, relativamente a outras épocas de transição, que, aqui, são sentidas quase sempre como perdas.

Marques (1991) refere que as formas de reagir são diversas, de acordo com as tradições, valores, necessidades e ideias, possibilidades económicas, mas tendo sempre em linha de conta a adopção de iniciativas oficiais, públicas e privadas para aproveitar o melhor possível o potencial de longevos com o mínimo de alteração do ritmo de dinamismo social, o que permitirá a promoção/construção de uma rede de situações sociais e de comunicação entre os indivíduos de diversas idades bastante diversa da actual. Da capacidade de sair destas situações inovadoras com êxito resultará a apropriada inserção do idoso na sociedade.

Segundo Coste (1993) das implicações psicológicas do envelhecimento torna-se difícil distinguir as que representam um défice neurológico irreversível e as que resultam de uma acção adaptativa face à diminuição das capacidades e da persistência das solicitações.

Da mesma forma, Ballesteros (1993) descreve a multidimensionalidade do envelhecimento relacionando-o com a qualidade de vida. A estrela de Ballesteros que representa o modelo demonstrativo dessa abordagem, promove a integração e interligação entre as dimensões sócio-ambientais e as dimensões pessoais considerando que ambas influenciam a qualidade de vida do idoso, conforme se verifica da figura 2.

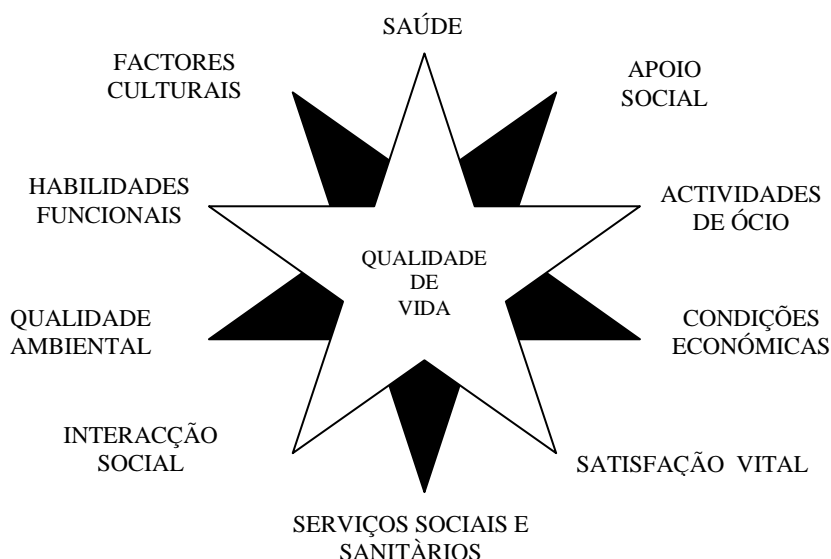


Figura 2 – Multidimensionalidade da qualidade de vida (Adaptado de Ballesteros, 1993, p. 80)

Berger e Mailloux-Poireier (1995) consideram o envelhecimento primário, dito normal, como um processo que corresponde às mudanças intrínsecas, que são irreversíveis e inevitáveis tais como as rugas, os cabelos brancos e outras características. O envelhecimento secundário é caracterizado por patologias múltiplas. Fisiologicamente falando e segundo os mesmos autores (1995) verificam-se alterações estruturais ao nível das células e tecidos, composição global do corpo e peso corporal, músculos, ossos, articulações, pele, tecidos subcutâneos e tegumentos. No que concerne às alterações funcionais que ocorrem durante o processo normal de envelhecimento, considera que elas afectam essencialmente o sistema cardiovascular, respiratório, renal e urinário, gastrointestinal, nervoso e sensorial, endócrino e metabólico, reprodutor, imunitário, os ritmos biológicos e o sono.

Todas estas mudanças vão ter uma influência negativa para a actividade física. No entanto, aprender a viver com estas alterações, associando-as a uma orientação técnica correcta, tornam a sua prática numa realidade viável e saudável.

Contudo os idosos não são imunes a todas estas transformações e pensando que poderão promover a sua qualidade de vidas são, geralmente, os primeiros a procurarem uma resposta razoável.

O envelhecimento não se inicia no mesmo período, não se desenvolve ao mesmo ritmo e não atinge o mesmo grau de degenerescência para todos os sistemas orgânicos. De pessoa para pessoa, as alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo distinto, dependendo de factores externos, como estilos de vida, actividades que um indivíduo desenvolve, ambiente onde se insere, organização de cuidados de saúde e de factores internos como a bagagem genética e o estado de saúde. Assim, em alguns indivíduos o envelhecimento exprime-se por uma degradação do sistema cardiovascular e em outros por um envelhecimento precoce do sistema nervoso ou ainda por um declínio funcional de outros órgãos.

De acordo com Berger e Mailloux-Poireier (1995) durante o processo de envelhecimento ocorrem também modificações a nível de inteligência, memória e tempo de reacção.

No que diz respeito à inteligência não se pode afirmar que haja declínio com o avançar da idade, no entanto há uma maior estabilidade e *performance* intelectual. Sublinha-se que a fadiga mental, o desinteresse, a diminuição da atenção e concentração podem estar associadas ao declínio da inteligência.

Mas os mesmos autores (1995) referem que existem estudos que mostram uma relação directa entre a presença de doenças e o declínio das capacidades cognitivas, pois há um ligeiro declínio nas aptidões psicomotoras, em especial as relacionadas com a coordenação, com a agilidade mental e com os sentidos (audição e visão), levando os idosos a um desempenho menos satisfatório. Estes, quando submetidos a testes que exigem rapidez de execução e longa duração, são muito competitivos e só estimulam aptidões não verbais.

Ainda de acordo com Berger e Mailloux-Poireier (1995) verifica-se que as alterações na memória e na aprendizagem dos idosos não estão claramente identificadas mas há indicações de prováveis relações com as alterações químicas, neurológicas e circulatórias que afectam a função cerebral com diminuição dos neurónios do Sistema Nervoso Central (SNC) diminuição de eficácia da oxigenação e nutrição celular e diminuição na aprendizagem associada à deficiência nas sinapses.

*(...) as experiências prévias de aprendizagem parecem influir nas modificações observadas no envelhecimento. Assim, as alterações psicológicas podem ser elencadas tendo em conta que os estudos demonstram a existência de: assimilação mais lenta; diminuição da memória a curto prazo (imediate); conservação da memória a longo prazo (fixação); conservação da capacidade de aprendizagem; dificuldade na organização utilização das informações armazenadas; diminuição da memória visual e auditiva a curto prazo (Berger e Mailloux-Poireier, 1995, p. 332).*

Relativamente ao tempo de reacção os autores consideram que existe a possibilidade de uma diminuição da rapidez dos reflexos e da execução e gestos o aumento do tempo de reacção, a diminuição da acuidade visual e auditiva a diminuição de resposta motora a um estímulo sensorial e a diminuição da memória recente.

Birren e Schrrots (1995) referem o envelhecimento terciário, que diz respeito a alterações de uma forma acelerada que antecede à morte.

Em síntese, e de acordo com Spar & Rue (1997), as principais modificações biológicas que o organismo sofre, decorrentes da idade têm a ver com aspectos gerais, como a perda de elasticidade e tonicidade da pele que leva ao aparecimento de rugas, a perda de acuidade visual, a mudança da cor dos olhos, a sua perda de brilho e o aparecimento de doenças como a presbiopia (ver mal ao perto), a miopia (ver mal ao longe) ou as cataratas (diminuição da acuidade visual com nevoeiro). Há uma diminuição da audição, com surdez progressiva, podendo surgir lesões no ouvido médio e deterioração do ouvido interno. A nível da locomoção surgem algumas modificações que se prendem com a diminuição do peso e da altura. Há uma perda de mobilidade e de flexibilidade, surgindo a artrose (rigidez nas articulações “como que a estalarem” e dores). Os ossos ficam mais frágeis, descalcificados e esponjosos, podendo provocar osteoporose (transformação progressiva do osso num tecido esponjoso, muito sensível a impactos, quebrando facilmente). As modificações do aparelho respiratório podem provocar insuficiência pulmonar com enfisema (diminuição da elasticidade dos alvéolos pulmonares) existe uma maior vulnerabilidade às infecções gripais. Pode acontecer insuficiência cardíaca e diminuição da capacidade vital.

Surgem problemas de arritmias e hipertensão, perda de equilíbrio e de agilidade mental e manual bem como perturbação do sono.

Nesta linha de pensamento e de acordo com os mesmos autores (1997) podemos então, concluir que estas alterações têm início muitos anos antes do aparecimento dos sinais exteriores. Várias destas alterações começam a manifestar-se progressivamente a

partir dos 40 anos, continuando até à morte, isto é, até que o organismo deixe de se poder adaptar.

Rowe e Kahn (1997) caracterizam o envelhecimento não patológico a dois níveis, o usual que corresponde a um percurso de envelhecimento sem patologia, no entanto, corre alto risco de contrair alguma patologia. O envelhecimento com êxito, processo cujo risco de contrair alguma doença ou patologia é baixo e associado a um compromisso activo com a vida e um bom nível cognitivo e funcional fisicamente.

Da mesma forma, Santos e Trindade (1997) consideram que em qualquer dos casos importa intervir na promoção da independência individual, no aumento da percepção de auto-controlo (ao nível funcional) na maximização da habilidade pessoal no controlo dos seus próprios problemas, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida percebida pelo idoso.

A satisfação destas pessoas, passa também por se sentirem em segurança, estabelecerem relações de confiança, de forma a sentirem-se protegidos, o que contribui para a promoção da sua qualidade de vida.

Uma outra visão sobre o envelhecimento é transmitida por Fontaine (1999/2000) passando por um fenómeno que pode ser apreendido a diversos níveis. A nível biológico os estigmas da velhice são mais notados e evidenciam-se as transformações do nosso aspecto, a condição social ao longo do ciclo de vida, como a entrada na reforma; as reorganizações das nossas actividades intelectuais, as nossas motivações passam pelas mutações psicológicas.

Fonseca (2004) considera que o paradigma da saúde comportamental, com o acumular das experiências torna-se mais relevante pois o sujeito que envelhece sente estas experiências vividas como favoráveis ou desfavoráveis, reflectindo-se num envelhecimento patológico ou normal.

Corrêa (2000) refere, também, que o contexto social é também influenciado pelo envelhecimento, uma vez que o idoso é possuidor de determinadas características e experiências que implicam uma determinada actuação por parte da sociedade. Considera que a sociedade cria os seus próprios valores e a velhice só poderá ser compreendida na sua totalidade, se tivermos em conta que esta não representa somente um factor biológico mas também um factor cultural. O sentido que determinada sociedade confere à existência humana é explícito no respectivo sistema global de valores e expresso no significado e no valor atribuído às várias idades da vida.

Para Kirkwood (2000) uma das opiniões mais generalizadas que existe acerca do envelhecimento cognitivo é a de que a diminuição das funções cerebrais que se verifica com o passar dos anos, se deve à perda (morte) dos neurónios, perda esta que é irreversível, pois os neurónios não se dividem nem são substituídos. A redução da velocidade de processamento dos neurónios, que se verifica com o aumento da idade, constitui outro dos factores a ter em consideração, pois esta pode ter muitas consequências sobre a memória, sobre o rendimento cognitivo.

Segundo Garcia (2000), aquando da avaliação do funcionamento intelectual do idoso, devemos contemplar factores como a percepção, atenção e motivação, caso contrário poderemos obter avaliações confusas e/ou contraditórias. Com o envelhecimento anunciam-se certos défices, que irão afectar a capacidade de execução do idoso quer no tempo requerido para processar um estímulo quer ao nível da capacidade de se manter atento aquando da realização de uma tarefa.

Fontaine (2000) diz que no envelhecimento perceptivo são afectados o equilíbrio, a audição e a visão e que estes défices sensoriais parecem estar na base do declínio das actividades intelectuais e que embora sensíveis à idade, há alguns destes défices que resistem.

Para Rojas (2001) a idade adulta tardia começa aos 65 anos coincidindo com os últimos anos de trabalho e o início da reforma. Desde logo a revisão bibliográfica indica que são várias as idades que indicam o início do envelhecimento, variando consoante a cultura de cada país.

Fazendo uma reflexão sobre estas pertinentes e conceituadas teorias, concordamos com Rojas (2001) quando refere que o envelhecimento não se processa de igual forma a nível mundial.

Respeitando a especulação de outros autores, são muitos os factores que contribuem para a forma como se envelhece, considerando acima de tudo a individualidade de cada idoso, particularmente quando toca ao domínio da saúde e bem-estar.

O peso da longevidade a nível mundial chegou ao cerne da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL, 1995), de onde, em unanimidade, foram traçadas trajectórias com o objectivo de encontrar soluções para melhorar a qualidade de vida.

Assim e de acordo com Paúl *et al* (2005) a saúde física é crucial para o estado de felicidade. A ausência de saúde fomenta sofrimento e quebra o bem-estar. A doença física mobiliza as capacidades de recuperação, evidencia todos os recursos existentes para ultrapassar essa dificuldade e por consequência há uma perda de poder económico,



sofrendo de desconforto, alteração de comportamentos aditivos, ocasionando notáveis mudanças nas relações sociais. Estas situações são mais deterioráveis quanto mais avançada for a idade.

Pimentel (2006) refere que a percepção de qualidade de vida física passa pela qualidade de saúde e autonomia, capacidades residentes para a realização das actividades diárias (AVD). É uma das variáveis basilares para a satisfação e qualidade de vida da pessoa. A forma como auto-avalia a sua saúde e a atitude como encara o envelhecimento são substanciais para o bem-estar do idoso.

Paúl *et al* (2005) referem, também, que a avaliação das capacidades instrumentais passa pela avaliação da sua autonomia física, actividades primárias ou básicas (AVDI) e secundárias ou instrumentais e traduzem a possibilidade de o idoso gozar de uma vida autónoma.

*Todo o organismo multi-celular possui um tempo limitado de vida e sofre mudanças fisiológicas com o passar do tempo. A vida de um organismo multi-celular costuma ser dividida por três fases: a fase de crescimento e desenvolvimento, a fase reprodutiva e o envelhecimento. Durante a primeira fase, ocorre o desenvolvimento e o crescimento dos órgãos especializados, o organismo cresce e adquire habilidades funcionais que o tornam apto a se reproduzir. A fase seguinte é caracterizada pela capacidade de reprodução do indivíduo, que garante a sobrevivência, perpetuação e evolução da própria espécie. A terceira fase, o envelhecimento, é caracterizada pelo declínio da capacidade funcional do organismo* (Cancela, 2007, p. 1).

Da mesma forma Nunes (2008) refere que *apesar da percepção da qualidade de vida de cada um de nós depender de muitas variáveis, no envelhecimento o mais valorizado é o nível de autonomia* (p. 23).

Perante estas referências, associadas à saúde, tendemos a atribuir à idade anúncios de disfunção orgânica e enfrentar revelações de decrescimento físico. A perda de autonomia compromete a capacidade de desfrutar da rede social dos amigos e familiares e de efectivar as actividades diárias.

O aumento de longevidade, associado a idosos dependentes vem equacionar a problemática da Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado, pois, de acordo com Grelha (2009) *é tão importante dar anos à vida, como é necessário dar vida aos anos* (p. 63).

Ao longo dos tempos, a preocupação da Organização Mundial de Saúde sobre esta temática foi evoluindo ao ponto de serem transferidas responsabilidades a peritos, com o

objectivo de avaliar a qualidade de vida, muito em especial das populações mais fragilizadas. Entre as contempladas e por ser uma problemática mundial consta a população envelhecida.

Com tudo isto, e para garantir qualidade de vida à população em idade adulta avançada, foram criadas condições, subjacentes em políticas governamentais, que promovem o equilíbrio e contrapesam as necessidades, não descurando que as estruturas de apoio social são uma mais-valia para a satisfação das necessidades e contributo para uma melhor qualidade de vida dos mais idosos e podem fazer parte das soluções encontradas, quer individuais quer colectivas.

Assim, de seguida, serão abordadas algumas das respostas sociais que pretendem contribuir para a promoção da qualidade de vida do idoso.

#### **1.4. – Estruturas de apoio social a idosos em meio rural**

De acordo com Fonseca *et al* (2004) não existe consenso relativamente à definição de idosos rurais sendo utilizada esta expressão em diversos contextos, nomeadamente a idosos que residem em locais considerados não urbanos, a idosos que possuem a sua residência em localidades com menos de 2500 habitantes ou ainda o termo mais recorrente, a idosos agricultores que residem em propriedades mais ou menos isoladas.

Será, desta forma, óbvio, que não existindo consenso em algo tão simples como a definição do que é, no nosso país, ser idoso em meio rural, mais dificultados estão os estudos que se debruçam sobre esta temática.

Segundo Marques (1991) e conforme já foi largamente referido, ao longo do presente estudo, à medida que o ser humano envelhece as suas capacidades de adaptação diminuem, tornando o idoso mais sensível ao meio ambiente. O estado idoso, bem como todas as restrições implícitas ao seu funcionamento, fazem com que o meio se torne elemento facilitador ou uma barreira para a sua vida. A satisfação do idoso face ao seu meio ambiente residencial encontra-se intimamente ligada ao seu bem-estar psicológico. De acordo com estudos realizados por este autor (1991), os idosos que residem em casa mostram-se mais activos, optimistas e com maior vontade de viver. Pelo contrário, os idosos que residem em instituições mostram-se mais inactivos, pessimistas e apáticos. Ao ser considerado o envelhecimento progressivo da população, a sociedade civil e o Estado tiveram que se organizar e criar condições para acolher o número crescente de idosos.

De acordo com o Decreto-lei 64/2007, de 14 de Março, as principais respostas que os idosos necessitam têm a ver com respostas dadas pela saúde (hospitais, hospitais de retaguarda ou geriátricos, apoio domiciliário integrado) e equipamentos de cariz social (lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, etc.).

De forma a dar resposta a estas necessidades, progressivamente, o Estado foi trabalhando no sentido de aumentar as respostas sociais direccionadas para o acompanhamento dos idosos e actualmente estão reconhecidas pela Segurança Social, de acordo com dados do sítio oficial, oito tipos de respostas sociais, no nosso país.

Estas respostas sociais são reconhecidas pela Segurança Social desde que cumpram as exigências emanadas pelo mesmo Decreto-lei, onde se incluem, particularmente para os idosos: Centro de Dia; Centro de Noite; Lar de Apoio; Lar de Idosos; Lar Residencial; Residência para Idosos; Serviço de Apoio Domiciliário.

De acordo com estudos de Lopes (2004), Fonseca (2004) e Pimentel (2006) as populações rurais demonstram necessidades básicas não satisfeitas, como a ausência destas mesmas respostas sociais que tanto evoluíram ao longo dos anos, mas que ainda não estão plenamente implementadas em localidades rurais, alertando para o encerramento dos postos de saúde, a diminuição de meios de transporte, as dificuldades económicas que não permitem o acesso a respostas em localidades afastadas do local de residência dos idosos e que são factores que sobrecarregam a já de si fragilizada condição de idoso.

Da mesma forma, nas localidades rurais não existem respostas para a população mais jovem que, de acordo com Fonseca (2004) migrou para zonas mais urbanas, na procura de melhores oportunidades de trabalho, o que provocou também um despovoamento exacerbado das zonas rurais e, em consequência, o encerramento de escolas e a abertura de lares de idosos.

*É globalmente neste tipo de contextos que os idosos permanecem, ora entregues a si próprios, aos seus cônjuges e companheiros de uma vida, ora institucionalizados. A figura dos cuidadores informais não tem expressão, porque não está presente a geração dos filhos e o cuidado entre pares é mútuo dentro do casal, reflectindo a divisão de tarefas praticada ao longo da vida. O suporte dos vizinhos é sobretudo instrumental e também ele existente na sequência de uma troca habitual que se estendeu ao longo dos anos de convivência e proximidade (Fonseca, 2004, p.3).*

Nesta linha de pensamento, Fonseca (2004) concluiu que a institucionalização em meio rural é considerada como último recurso, isto é, apenas quando o idoso deixa de ter o suporte familiar do cônjuge, família próxima, família afastada e vizinhos, é que considera a

sua ida para o lar como necessária, de forma a poder ser apoiado no seu dia-a-dia, preferindo, em alguns casos, ser institucionalizados em lares próximos das cidades onde os filhos vivem e trabalham em detrimento do lar da localidade rural.

Já para Paúl (1991) o idoso ingressa numa instituição devido à crescente incapacidade funcional e/ou problemas graves de saúde, à falta de recursos económicos para as reparações necessárias das suas casas, à perda do cônjuge ou à perda da casa própria.

De forma a normalizar particularmente as questões dos sentimentos de abandono e solidão, surgiu o Despacho Normativo n.º 67/89 da Secretaria de Estado da Segurança Social que refere que um lar deverá, em regime de internamento, proporcionar serviços permanentes e adequados ao equilíbrio psicossocial do idoso, promovendo conforto, independência, individualidade e privacidade. O mesmo Despacho refere também que estas instituições deverão garantir a alimentação, higiene, ocupação e cuidados de saúde, contribuindo para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento e apoio às famílias para preservar a relação inter-familiar.

Estas instituições são infra-estruturas de alojamento colectivo, de utilização temporária ou não, vocacionadas para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia, cuja problemática bio-psico-social não possa ser tratada através de outras formas de resposta, pelo que e de acordo, ainda, com o referido Despacho, deve ser proporcionada habitação que garanta uma vida confortável, um ambiente calmo e humanizado, serviços permanentes e adequados de forma a assegurar as necessidades básicas do idoso, contribuindo para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento do idoso, não esquecendo a preservação e estímulo dados às relações familiares.

Segundo Quaresma (1996) e partindo do pressuposto que o lar é uma resposta social a tempo inteiro, este deverá assegurar os serviços de alojamento permanente; alimentação; tratamento de roupa; higiene pessoal; cuidados de saúde; apoio psicossocial; actividades de animação.

A posição social do idoso assenta na estrutura política, sócio-económica e cultural da sociedade em que este se insere. Lima e Veigas (1988) consideram o envelhecimento um processo biológico conceptualizado culturalmente, sendo socialmente construído e conjunturalmente definido. Salientam a distinção entre o processo do envelhecimento, enquanto noção biológica, enquadrada no desenvolvimento dos indivíduos e a velhice como conceptualização desta fase da vida pela sociedade em que os indivíduos se inserem.

Segundo Melo (1998) a família concebida como o mais destacado espaço de realização, desenvolvimento e consolidação do ser humano, percebida como uma unidade de integração e sucessão de saberes num plano trigeracional, torna-se nuclear como consequência da industrialização desmedida.

De facto, a família actual não contempla um lugar para o idoso, colocando-o numa situação de isolamento familiar. O mesmo autor (1998) refere também que são dois os principais factores que contribuem para esta realidade, os filhos que trabalham e não têm tempo para estar com os pais e que necessitam de grande apoio físico, psicológico e social ou as localidades de residência que por serem afastadas, não permitem a manutenção de laços afectivos entre os membros da família. Surge, assim, a impossibilidade de contactos interpessoais com os familiares e o idoso sente-se um peso para a família, caminhando no sentido do isolamento.

Da mesma forma Melo (1998) chama a atenção para as grandes concentrações urbanas, que acabam por impôr modos de vida que não são compatíveis com a coabitação com os mais idosos, ocorrendo assim a tendência para a sua marginalização, pelo que surgem as instituições vocacionadas para o acolhimento do idoso.

De acordo com Pinto (2001) nas sociedades contemporâneas os trâmites culturais instituem a família na primeira linha de apoio para idoso, contudo, com as transformações do quotidiano e, por conseguinte, a alteração estrutural da família extensa à família nuclear, a rede de cuidados informais diminui, encontrando-se algures em meio rural.

Pimentel (2001) refere-nos vários estudos sociológicos que afirmam que as famílias actuais, maioritariamente do tipo nuclear, não estão de modo geral isoladas das suas redes de parentesco e assumem, na vida dos indivíduos, um papel preponderante como instituição de suporte e de referência, adversando o senso comum que a família se encontra em decadência e que as relações familiares entre as gerações se tendem a fragilizar.

No entanto, a opinião de Nina e Paiva (2001) é que a família representa o pilar de equilíbrio emocional face às contingências do declínio biopsíquico, representando uma unidade social de extrema importância no apoio e resolução de problemas biopsicossociais, individuais e colectivos, podendo também ser da mesma forma a procedência de doenças e conflitos. Quando é possível muitas famílias escolhem institucionalizar o idoso, como resolução dos problemas.

Já na década de 90, Worobey e Angel consideravam que a população que corria maior risco de institucionalização eram os idosos que tinham poucos filhos, ou se encontravam longe.

De acordo com Worobey e Angel (1991) as opções para esses idosos serão *continuar a viver sós, ir viver para a casa de outra pessoa, ou trazer alguém para viver consigo, entrar para um lar* (p. 95). Esta escolha passa por factores socioeconómicos, culturais e pessoais.

Para Berger e Mailloux-Poirier (1995) um dos problemas com que se deparam as famílias está no seu ambiente físico, nas imensas barreiras arquitectónicas (existência de muitos degraus, falta de espaço físico) ou mesmo na inexistência de meios que facilitem a segurança e a mobilidade do idoso, como por exemplo, barras de segurança, corrimões e rampas.

Silva (1995) invoca por parte dos familiares do idoso a falta de condições socioeconómicas e por vezes psico-afectivas, procurando a resolução na institucionalização do idoso. A viabilidade de institucionalizar o idoso pode ser também consequência da situação laboral do seu familiar e tal situação torna-se mais evidente quando existe emprego a tempo inteiro e com rotinas inflexíveis. A inserção do idoso na instituição deve-se de uma forma geral às condições de saúde precária, à avançada idade, à debilidade física ou mesmo a algumas manifestações de comportamento alterado ou mesmo comprometedor (alterações cognitivas), sendo que alguns idosos já encontram algumas dificuldades em exercer as suas actividades diárias. Assim sendo, acrescido de algumas dificuldades financeiras e a ausência de familiares, são encaminhados para a instituição.

Neste sentido e de acordo com Paúl e Fonseca (1997) estudos revelam que a perturbação do trabalho associada ao cuidar do idoso aumenta o nível de stress, bem como, torna-se significativa para o despedimento, sendo esta interferência mais relevante quanto mais dependente for o idoso e quanto mais inadequado for considerado o apoio.

No entanto, o grau de autonomia que apresenta o idoso vai determinar o grau de envolvimento na rede de parentesco na prestação de cuidados. Se as necessidades do idoso exigirem uma maior disponibilidade de recursos (trabalho, tempo, bens materiais) implicará uma maior tendência para o surgimento de conflitos, como descreve Pimentel (2001) e acrescenta ainda que o internamento num equipamento de apoio aos idosos surge como a única alternativa viável.

As estruturas de apoio social que foram apresentadas partiram da recente preocupação e consequente actuação, por parte do Estado e das instituições de solidariedade social, quer públicas, quer privadas, no sentido de cumprirem o objectivo mundial de proporcionar maior qualidade de vida aos idosos em idade avançada. De forma a garantir a concretização destas preocupações, foi criada legislação que todas as estruturas

sociais, obrigatoriamente, têm que cumprir. O Lar de Santa Eulália, em Pinelo, não é excepção e tenta adequar estas normas à realidade com que prva diariamente, promovendo a qualidade de vida e o bem-estar dos seus clientes, particularmente, porque na sua maioria são clientes com idade igual ou superior a 77 anos, o que corresponde a uma classificação de idade avançada, de acordo com a OMS.

Considerando o exposto, verifica-se a necessidade de elencar alguns dos que poderão ser os motivos que influenciam a família a institucionalizar os seus idosos.

### **1.5 - Da família à institucionalização do idoso em meio rural**

A vontade de viver, envelhecer, na sua própria casa é comum à maior parte das pessoas, o que promove a procura cada vez maior do apoio domiciliário enquanto uma das respostas mais solicitada.

Quando a família é reduzida, parte e não pode dar apoio, a perda de autonomia, por doença ou outra contingência, estão na origem da mudança, que provoca momentos de grandes emoções. Mas, são geralmente os próprios, ou a família mais próxima que pondera e escolhe a opção melhor.

Nesta linha de pensamento Nunes (2008) refere que *muitas vezes garanto-vos que o Lar é a melhor das soluções (...) praticamente geral a vontade de envelhecer em nossa casa, rodeados dos nossos objectos, memórias e conhecidos* (p.24).

No intuito de garantir a continuidade da qualidade de vida do idoso houve por parte das entidades locais e governamentais a acuidade de criar não só instituições de acolhimento, como legislação regulamentar que satisfaça as necessidades desta população, preservando a dignidade e o respeito como ser humano e pessoa.

Segundo Fonseca (2004) a realidade sócio-económica é o reflexo das reformas, que por sua vez condiciona a população do meio rural a levar uma vida mais desafogada e, por conseguinte, compromete a condição psicossocial dos idosos num circuito mais restrito, mas políticas sociais que abrangem esta faixa etária, sobretudo no que diz respeito ao meio rural, contribuem muito para a qualidade de vida destes cidadãos.

Nas últimas décadas, multiplicam-se as receitas de como viver mais e melhor, passando por aceitar os conselhos de como preservar a saúde, as dicas de como fazer uma alimentação equilibrada, a prática de exercício físico, a preparar a reforma. Estes são atributos a que todos estão atentos e problemas comuns com que os idosos se confrontam.

Desta forma, ao longo dos tempos, foram construídos instrumentos que permitissem avaliar a qualidade de vida e que incluem medidas físicas emocionais e sociais da saúde. Fonseca (2004) vai ao encontro dos domínios estabelecidos na escala de avaliação WHOQOL-Bref onde considera que a felicidade como factor integrado na noção de qualidade de vida e a satisfação que o indivíduo tem para com a vida é uma relação entre a avaliação que faz da sua vida e o padrão de referência dos seus ideais e das suas expectativas, sendo o ânimo relativo ao optimismo e ao sentido de autoconfiança.

Ao pronunciar cuidar da saúde do idoso, não se trata de, necessariamente ou exclusivamente, satisfazer as necessidades físicas, mas como diz a gente do povo, é preciso também cuidar da alma. O cuidado espiritual, faz parte dos cuidados dos mais idosos, muitas vezes à procura de um significado para a vida, na esperança de um dia melhor, especialmente porque já enfrentaram perdas, incertezas e experimentaram a dor. É, nestes casos, difícil de descrever o poder do domínio espiritual e a assistência religiosa passa por ser uma proposta como forma de ajudar o idoso, que no meio rural onde foi desenvolvido este trabalho é vivida com intensidade.

Krouts e Coward (1998) citados por Fonseca *et al* (2005) elencam alguns mitos relativamente ao meio rural salientando que existe a ideia de que os idosos se reformam em pequenas comunidades campestres onde os espera anos de sossego, sem preocupações e um pouco de conforto, felicidade e contentamento, que têm elevados níveis de saúde e satisfação, dado terem vivido como viveram em comunidades solidárias, sendo que estas se interessam pelas carências dos idosos, que têm um forte apoio de redes familiares, para os amparar quando necessitam, que têm pouca necessidade de serviços de apoio, não sendo ricos, descobrem meios para conquistar de uma forma imponderável as necessidades básicas, acreditando que o custo de vida no meio rural é baixo.

Da mesma forma, Fonseca *et al* (2005) referem que existe uma outra face da medalha que contrasta com as inúmeras desvantagens como ausência de transportes, acesso às áreas de assistência médica e outros serviços, rendimentos insuficientes para fazer face a uma saúde débil e fracas condições habitacionais. A emigração para as zonas urbanas e estrangeiro, à procura de melhor vida, é um fenómeno generalizado que se reflecte desde a década de 60 e, por conseguinte, as nossas aldeias são terras de velhos, onde se fecham escolas e se abrem lares.

Paúl *et al* (2005) referem que o interior rural de Portugal é na generalidade uma zona de baixa densidade populacional e envelhecida, devido, essencialmente, à saída das pessoas mais novas para as cidades e para o estrangeiro. A maioria dos idosos que



permanecem nas suas casas, ficam entregues ou a si próprios, ou aos seus cônjuges, ou optam pela institucionalização em lares que se abriram nessas localidades.

Condizente e harmónico, o propósito de Paúl *et al* (2005) em estudos realizados com a finalidade de conhecer melhor a realidade à escala de qualidade de vida, utilizando a escala de actividades instrumentais de vida diária, a escala de ânimo e de redes sociais, concluíram que os idosos em geral com baixo grau de escolaridade ou mesmo iletrados, possuem uma rede alargada de apoio social, mesmo que esta seja informal, (familiares, vizinhos, amigos e até confidentes). Canavarro e Serra (2010) corrobora esta noção de coesão social, quando aborda a teoria de Wilkinson *que sugere que as sociedades igualitárias são mais saudáveis dos que as não igualitárias* (p.115).

Os idosos deste estudo demonstram possuir autonomia relativamente às capacidades instrumentais, possibilitando a permanência na sua habitação, mas ao nível da insatisfação esta é superior em questões da saúde, no entanto, classificam a qualidade de vida como boa.

Em concordância com os resultados deste estudo referimos que *qualidade de vida é determinada por um conjunto de factores, de natureza física, psicológica, social e ambiental. Como se diz habitualmente; para ser feliz não basta ter dinheiro, mas ajuda. Como ajuda ter amigos, confidentes, cultura, saúde e um modo optimista de encarar a vida e as suas inerentes contrariedades* (Nunes, 2008, p. 23).

Assim, no capítulo seguinte, direccionado para o estudo empírico e para a metodologia, definimos os critérios de escolha da amostra, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos de aplicação considerando que este será o primeiro de vários passos a alcançar em qualquer investigação.

## **Capítulo III**

### **Metodologia**

#### **1. Introdução**

Toda a investigação científica tem origem numa questão a ser respondida ou num problema a ser resolvido, ou seja, numa situação considerada problemática. É através da formulação desta questão que o investigador vai tentar encontrar soluções para resolver o problema levantado.

Definir uma problemática e estabelecer metas e objectivos são passos essenciais para a concretização de um estudo.

Para este trabalho de investigação optou-se por um estudo de carácter quantitativo, descritivo e transversal, uma vez que tem como objectivo descrever e explicar num determinado momento os fenómenos, observar, registar, analisar e correlacionar os factos sem os manipular.

Segundo Fortin (2000) a pesquisa descritiva tem como objectivo principal a descrição das características de determinada população ou fenómeno, fornecendo uma descrição dos dados, quer seja sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relações entre as variáveis.

Quanto ao tempo em que decorreu e de acordo com Vaz Freixo (2009) será uma investigação transversal, já que a recolha de dados foi realizada ao longo de dois meses, de Julho a Agosto de 2011, num único momento para cada um dos sujeitos.

De seguida se definem os procedimentos de aplicação, bem como os critérios de escolha da amostra, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos de aplicação considerando que este será o primeiro de vários passos a alcançar em qualquer investigação.

## **2. Caracterização da amostra**

De acordo com Vaz Freixo (2009) a população ou universo é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum.

Assim, a população é o termo que designa todos os indivíduos que pertencem a um dado grupo, que para o presente estudo são 20 idosos institucionalizados em meio rural, no Lar de Santa Eulália, em Pinelo, Vimioso.

No presente estudo e considerando a instituição em causa, Lar de Santa Eulália, consideramos de extrema importância descrever, de forma sucinta, algumas características essenciais. Esta instituição é de carácter social, foi concebida com o propósito de dar resposta aos utentes que mais tarde viriam a necessitar dos serviços aqui prestados, é uma construção recente, com a particularidade arquitectónica de toda a área habitacional, onde os idosos circulam, ser ampla e só com um andar, sem qualquer barreira à acessibilidade a qualquer área de uso habitual. No interior, possui corrimão ao longo dos corredores, casas de banho adaptadas, um refeitório amplo, oferecendo assim segurança aos utentes.

É uma instituição que cumpre as normas de higiene e segurança, com acompanhamento, formação e fiscalização regular neste âmbito.

De acordo com Vaz Freixo (2009), a amostra é uma parcela convenientemente seleccionada do universo (população), é um subconjunto do universo. No presente estudo, a amostra coincide com a população-alvo, sendo constituída pelos 20 idosos institucionalizados no referido lar, maiores de 65 anos de idade, de acordo com a definição de idoso, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (1995).

A caracterização da amostra foi feita com os dados do inquérito por questionário (anexo C).

Através da parte 1 do questionário, caracterização sócio-demográfica, verificamos que a amostra considerada apresenta 12 elementos do sexo feminino e 8 elementos do masculino, conforme se verifica da tabela 1. A distribuição modal encontra-se no item feminino.

	Frequências absolutas (N)	Frequências relativas (%)
Feminino	12	60,0
Masculino	8	40,0
Total	20	100,0

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com o género

Considerando a idade da população, verifica-se que os inquiridos variam dos 77 aos 94 anos, sendo a idade média 85,80 anos e o desvio-padrão 5,34 anos, conforme se pode observar pela tabela 2 e gráfico 1.

	N	Mínimo	Máximo	Moda	Mediana	Média	Desvio padrão
Idade (anos)	20	77	94	91,00	85,50	85,80	5,406

Tabela 2. Estatística descritiva para a idade

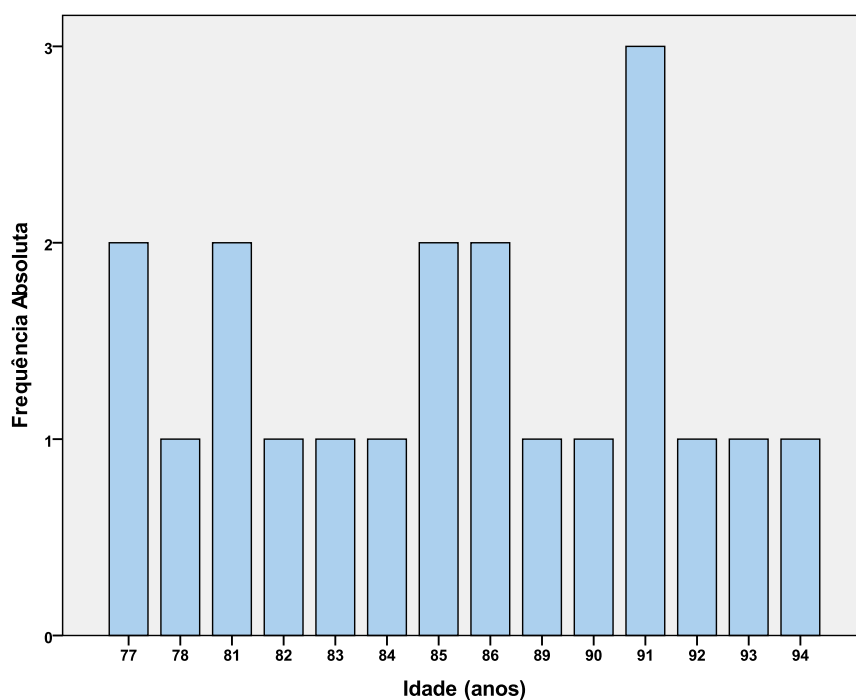


Gráfico 1. Distribuição da amostra de acordo com a idade

Quanto ao estado civil, 12 dos inquiridos são casados e os 8 são viúvos, conforme se verifica da tabela 3. A distribuição modal encontra-se no item casado.

	Frequências absolutas (N)	Frequências relativas (%)
Casado	12	60,0
Viúvo	8	40,0
Total	20	100,0

Tabela 3. Distribuição da amostra tendo em conta o estado civil

Em termos de escolaridade verifica-se que 11 dos inquiridos possuem a 4.<sup>a</sup> classe, 5 a 3.<sup>a</sup> classe e 4 não têm qualquer nível de instrução, conforme se observa da tabela 4. A distribuição modal encontra-se no item 4.<sup>a</sup> classe.

	Frequências absolutas (N)	Frequências relativas (%)
Sem escolaridade	4	20,0
4. <sup>a</sup> classe	11	55,0
3. <sup>a</sup> classe	5	25,0
Total	20	100,0

Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade

Relativamente à questão 5 do referido questionário, verifica-se que dos vinte inquiridos, dezanove viveram toda a sua vida na aldeia de Pinelo e um idoso é oriundo duma freguesia do concelho e está institucionalizado há 2 anos.

De seguida se descrevem e caracterizam o instrumento de recolha de dados seleccionado e os procedimentos de aplicação.

### **3. Instrumentos de recolha de dados**

Antes de qualquer intervenção direccionada para a aplicação dos questionários, foi solicitada e concedida autorização para frequentar a instituição no intuito de interagir e conhecer os residentes e ambiente circundante (anexo B).

Nesta fase inicial de interacção foi criada cumplicidade com os idosos, o que contribuiu satisfatoriamente para a criação de empatia e confiança, o que facilitou a execução do trabalho a realizar.

No sentido de concretizar esta investigação e porque sentimos como imprescindível a aplicação de um questionário seguro, válido e de célere utilização, no sentido de avaliar a qualidade de vida dos idosos, foi solicitada autorização à equipa de trabalho que validou o WHOQOL-Bref para Portugal, que prontamente respondeu autorizando a utilização do questionário (anexo A). Foram também facultados por esta equipa, o suporte digital da análise dos resultados com as respectivas fórmulas (*Satistical Package for Social Sciences* - SPSS) bem como o manual do utilizador e sintaxe, que apenas estará ao dispor da coordenação do grupo WHOQOL para Portugal ou de quem solicite autorização para o utilizar, pelo que não constará dos anexos da presente investigação.

No seu global, todos estes procedimentos foram concretizados durante os meses de Maio a Agosto de 2011.

Tendo em conta a dimensão e características da população, o instrumento seleccionado para efectuar a colheita de dados foi o questionário de auto-preenchimento, voluntário e anónimo (anexo C). A recolha de dados decorreu durante aproximadamente dois meses, Julho a Agosto de 2011.

A opção pelo questionário apresenta vantagens como o pouco dispêndio de tempo na entrega e na obtenção das respostas, a possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados. Possibilita, assim, uma maior representatividade do conjunto dos entrevistados.

De acordo com os procedimentos de administração do instrumento WHOQOL-Bref, a aplicação dos questionários foi cumprida na modalidade de entrevista, uma vez que nos demos conta da existência de diferentes graus de dependência e capacidade de resposta aos questionários e considerando a idade avançada dos residentes, respeitando algum défice quer físico ou cognitivo contingente ou inerente da velhice, próprio desta faixa etária.

Assim, os questionários foram preenchidos pela investigadora, registando a opção indicada por cada participante. Procurou-se sempre agir para que a recolha de dados fosse concluída com a maior privacidade possível e com a maior neutralidade praticável para que o participante não fosse interrompido, evitando qualquer tipo de interferências do exterior, ou de outros residentes, explicando e esclarecendo todas as dúvidas colocadas.

O questionário é constituído por duas partes distintas. A primeira parte destina-se à caracterização sócio-demográfica dos inquiridos tendo 2 questões abertas e 5 questões fechadas. A segunda parte é constituída pela Escala de Avaliação da Qualidade de Vida construída pelo grupo WHOQOL, em que o questionário (WHOQOL-Bref, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Serra *et al* (2006) integra 26 questões.

Segundo Serra *et al* (2006) e como se pode verificar na tabela 5, o primeiro domínio refere-se à qualidade de vida de modo geral e apresenta um item sobre a qualidade de vida e um sobre a satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas pelos domínios físico, com 7 itens, psicológico, com 6 itens, social, com 3 itens e meio ambiente com 8 itens, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por situações clínicas pontuais e doenças crónicas.

As respostas de cada participante indicam a sua concordância ou discordância e são avaliadas por *scores* de 1 a 5, através da escala Likert. Nos vários domínios, 3 questões são

avaliadas de forma invertida e devem ser recodificadas antes da cotação do instrumento, para que os dados sejam tradutores fiéis da qualidade de vida.

Após a aplicação do questionário e consequente resposta dos inquiridos, passamos à análise dos resultados, utilizando para o efeito, o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.00.

Foi efectuada, de seguida, a pontuação e o tratamento de dados de acordo com o WHOQOL-Bref, respeitando os critérios de avaliação do instrumento, partimos para uma análise de estatística descritiva.

Para a análise das respostas dos inquiridos, procedeu-se a uma codificação, em que foram atribuídos os códigos QI 1, QI 2, QI 3..., QI 20, em que Q significa questionário, I significa idoso e o número corresponde a cada um dos 20 inquiridos.

## **Capítulo IV**

### **Apresentação e análise dos resultados**

#### **1. Análise da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida: WHOQOL-BREF**

Como se pode verificar, pela análise da tabela 5, o valor do alfa de Cronbach obtido para a escala constituída pelos 26 itens foi de 0,969 o que revela uma consistência interna muito boa. Para cada domínio da referida escala, obtiveram-se valores de alfa de Cronbach entre 0,701 referente à qualidade de vida em geral, 0,942 referente ao domínio físico, 0,919 referente ao domínio psicológico, 0,860 referente ao domínio social e 0,870 referente ao meio ambiente.

A escala de Likert utilizada na construção do questionário (WHOQOL-Bref) é composta por 5 possibilidades de resposta e os valores mais elevados em cada item revelam melhor qualidade de vida do inquirido. Assim, valores médios em cada item superiores a 3 revelam que o inquirido está satisfeito com a sua qualidade de vida.

Os dois itens do domínio físico, *Tem energia suficiente na sua vida quotidiana?* e *Está satisfeito com a sua capacidade para trabalhar/para realizar as actividades?*, o item *É capaz de se concentrar?*, no domínio psicológico e o item *Tem possibilidades de ter actividades de lazer?* no domínio meio ambiente que apresentam valores médios inferiores a 3 e, como tal, os inquiridos revelam estar insatisfeitos. De notar que os itens *Está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?*, *Está satisfeito com o sítio onde vive?* e *Está satisfeito com o seu acesso aos cuidados médicos/serviços sanitários?*, dos domínios social e meio ambiente, cujos valores médios são superiores a 4,5, traduzem uma satisfação muito grande com a qualidade de vida.

Quanto à questão 6, referente aos principais problemas de saúde descritos pelos idosos foram os relacionados com problemas cardíaco-vasculares, diabetes, AVC's, hipertensão e anemias, para além dos problemas mais usuais relacionados com a velhice, como falta de audição, de visão ou de mobilidade.

Quando inquiridos sobre o que é ter qualidade de vida, uma das respostas mais frequentes foi “*ter saúde*”.

Muitos referem que qualidade de vida era “*voltar a ser nova (20/30 anos) ... fazia o que queria*” (QI 14).

Mas foram ainda dadas as seguintes respostas:



- “qualidade de vida era poder ser nova, dançar, passear, correr no prado e tomar banho no rio” (QI 11);
- “voltar a ter 20/30 anos! Isso é que é vida... fervia o sangue nas guelras” (QI 10);
- “Poder andar melhor, para acompanhar o meu Alfredo” (QI 13, o Alfredo é marido da inquirida);
- “Viver bem e ter mais visitas dos filhos..., não me falta nada” (QI 20);
- “Poder andar e sair desta cama” (QI 1).
- “Gozar a vida com saúde. Ainda vou à horta... Ainda trago uns ovos para aqui” (QI 12).

	Média	dp <sup>(1)</sup>	Correlação <sup>(2)</sup>	$\alpha$ <sup>(3)</sup>	$\alpha$
Qualidade de Vida no Idoso – WHOQOL-BREF					
Domínio Qualidade de Vida – 2 Itens (n=20; 100%)					
Como classifica a sua qualidade de vida	3,75	0,550	0,583		0,701
Está satisfeito com a sua saúde?	3,60	0,821	0,583		
Sub-Domínios:					
Físico – 7 Itens (n=20; 100%)					
Actualmente, uma dor física impede-o de fazer o que tem a fazer? (Invertida)	3,90	1,165	0,838	0,930	0,942
Necessita de tratamento médico na sua vida quotidiana? (Invertida)	4,10	1,165	0,840	0,930	
Tem energia suficiente na sua vida quotidiana?	2,95	1,234	0,801	0,934	
Como classifica a sua capacidade física para se deslocar sozinho?	3,15	1,268	0,881	0,926	
Está satisfeito com o seu sono?	3,95	0,510	0,574	0,954	
Está satisfeito com a sua capacidade para realizar as actividades quotidianas?	3,15	1,040	0,920	0,923	
Está satisfeito com a sua capacidade para trabalhar/para realizar as actividades?	2,75	1,293	0,877	0,926	
Psicológico – 6 Itens (n=20; 100%)					
Tem a impressão de gozar a vida?	3,15	1,04	0,811	0,900	0,919
Acha que a sua vida faz sentido?	3,7	0,571	0,712	0,916	
É capaz de se concentrar?	2,85	1,04	0,768	0,907	
Aceita o seu aspecto físico?	3,7	0,979	0,872	0,889	
Está satisfeito de si próprio?	3,85	0,813	0,816	0,898	
Sente frequentemente sentimentos negativos com tristeza, desespero ansiedade ou depressão? (Invertida)	4,35	0,587	0,792	0,909	
Social – 3 Itens (n=20; 100%)					
Está satisfeito com as suas relações pessoais?	4,3	0,571	0,723	0,816	0,860
Está satisfeito com a sua vida sexual?	3,85	0,671	0,758	0,798	
Está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	4,55	0,51	0,757	0,798	
Meio Ambiente – 8 Itens (n=20; 100%)					
Sente-se em segurança na sua vida quotidiana?	3,4	0,821	0,662	0,85	0,870
Acha que o seu ambiente é saudável?	4,1	0,788	0,695	0,847	
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	3,6	0,598	0,592	0,86	
Tem as informações que necessita para fazer face á vida quotidiana?	3,15	0,813	0,78	0,837	
Tem possibilidades de ter actividades de lazer?	2,6	1,188	0,641	0,862	
Está satisfeito com o sítio onde vive?	4,8	0,41	0,795	0,855	
Está satisfeito com o seu acesso aos cuidados médicos/serviços sanitários?	4,65	0,489	0,612	0,862	
Está satisfeito com os seus meios de transporte?	3,1	1,119	0,62	0,862	

(1) dp - desvio padrão; (2) Correlação entre cada questão e o total sem esse item; (3)  $\alpha$  - Alfa de Cronbach se o item for apagado.

Tabela 5. Valores médios e desvio padrão de cada item da escala WHOQOL-BREF, correlações entre cada item e o total da escala sem esse item e alfa de Cronbach

Procedeu-se de seguida, como descrito por Serra *et al* (2006) à soma obtida em cada domínio e posterior reconversão para valores entre 0 e 100, sendo que quanto maior for o valor obtido em cada domínio mais satisfeito estará o idoso com a sua qualidade de vida.

Como todos os valores médios obtidos são superiores a 50 (média teórica) podemos concluir que os idosos estão globalmente satisfeitos com a sua qualidade de vida em cada um dos domínios da escala WHOQOL-BREF, em particular, no domínio social cujo valor médio obtido é aproximadamente de 80, conforme se verifica na tabela 6. Neste domínio, de referir que o máximo obtido foi de 100 pontos pelo que há pelo menos um inquirido completamente satisfeito com a sua qualidade de vida.

O domínio físico é o que tem menor valor médio pelo que é o domínio que traduz menos satisfação com a qualidade de vida.

Em termos de valores mínimos obtidos destaca-se o domínio físico e o psicológico com os valores mais baixos, o que denota pior satisfação com a qualidade de vida.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Qualidade de vida em geral	37,50	87,50	66,875	15,323
Domínio Físico	21,43	96,43	60,536	24,208
Domínio Psicológico	25	87,50	65	18,157
Domínio Social	58,33	100	80,833	12,995
Domínio Meio Ambiente	37,50	84,38	66,875	14,846

Tabela 6. Estatística descritiva para cada domínio da escala WHOQOL-BREF

Dos vinte inquiridos 16 afirmaram ser bastante felizes no Lar de Santa Eulália, 3 referiram ser pouco felizes e apenas 1 referiu que é muito feliz.

	Frequências absolutas (N)	Frequências relativas (%)
Pouco feliz	3	15,0
Bastante feliz	16	80,0
Muito feliz	1	5,0
Total	20	100,0

Tabela 7. Descrição do grau de felicidade que os inquiridos referem possuir no lar

Quanto ao nível de satisfação com a vida, quantificado numa escala de 1 a 10, conforme se verifica pelo gráfico 2, há nove idosos que indicam o nível de satisfação com a vida correspondente a 8, três indicam o nível de satisfação com a vida correspondente a 7, três indicam o nível de satisfação com a vida correspondente a 6, quatro respondem o nível de satisfação com a vida correspondente a 5 e um refere o nível de satisfação com a vida correspondente a 4. Assim, na globalidade podemos considerar que estes idosos estão satisfeitos com a sua vida, pois apenas 5 referiram níveis correspondentes à média mais baixa da escala.

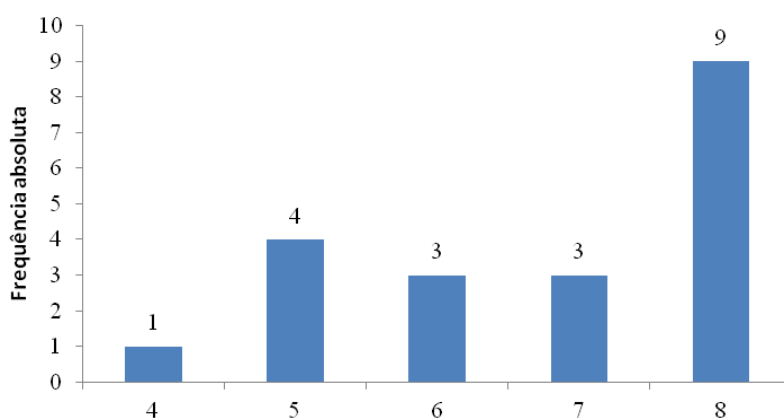


Gráfico 2. Classificação da satisfação com a vida numa escala de 1 a 10

## 2. Análise inferencial

Neste âmbito pretendeu-se testar se há diferenças significativas na qualidade de vida em cada domínio da escala WHOQOL-BREF tendo em conta o género e o estado civil, como se pode observar na tabela 8 que mostra os domínios físico, psicológico e social, verifica-se, aplicando o teste T-student que o valor de prova não é significativo para nenhum dos domínios analisados.

Os testes estatísticos usados foram o teste paramétrico de T-Student para o domínio físico, psicológico e social para comparar com a variável género. Isto, porque, esta variável segue a distribuição normal, pois os valores de prova obtidos no teste de Shapiro-Wilk são superiores a 5%.

	Género	Média	Desvio padrão	Valor de prova
Domínio Físico	Feminino	59,524	20,788	0,826 <sup>NS</sup>
	Masculino	62,054	30,120	
Domínio Psicológico	Feminino	65,278	15,624	0,936 <sup>NS</sup>
	Masculino	64,583	22,603	
Domínio Social	Feminino	81,250	11,307	0,866 <sup>NS</sup>
	Masculino	80,208	16,022	

NS – Não significativo

Tabela 8. Teste T-Student para comparar os valores médios nos domínios físico, psicológico e social de acordo com o género

Para os domínios qualidade de vida geral e meio ambiente tendo em conta o género recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney, porque as variáveis não seguem a distribuição normal, como se mostra na tabela 9 e em que se verifica, aplicando o teste T-student que o valor de prova não é significativo para nenhum dos domínios analisados.

	Género	Média	Valor de prova
Domínio qualidade de vida em geral	Feminino	10,79	0,772 <sup>NS</sup>
	Masculino	10,06	
Domínio meio ambiente	Feminino	10,79	0,786 <sup>NS</sup>
	Masculino	10,06	

NS – Não significativo

Tabela 9. Teste Mann-Whitney para comparar os domínios qualidade de vida em geral e meio ambiente em função do género

Todos os valores de prova obtidos e apresentados nas tabelas 8 e 9 são superiores a 5% pelo que se conclui que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios tendo em conta o género para cada domínio e concluímos que não existe relação entre o género e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados em meio rural.

A tabela 10 evidencia a relação entre o estado civil e os domínios físico, psicológico e social, sendo que pelos dados apresentados, o valor de prova não é significativo para nenhum dos domínios. Os testes estatísticos usados foram o teste paramétrico de T-Student para o domínio físico, psicológico e social para comparar com o estado civil. Isto porque, esta variável segue a distribuição normal, pois os valores de prova obtidos no teste de Shapiro-Wilk são superiores a 5%.

	Estado civil	Média	Desvio padrão	Valor de prova
Domínio Físico	Casado	63,691	26,978	0,490 <sup>NS</sup>
	Viúvo	55,804	20,107	
Domínio Psicológico	Casado	65,972	19,930	0,778 <sup>NS</sup>
	Viúvo	63,542	16,328	
Domínio Social	Casado	84,722	13,685	0,102 <sup>NS</sup>
	Viúvo	75,000	9,960	

NS – Não significativo

Tabela 10. Teste T-Student para comparar os valores médios nos domínios físico, psicológico e social de acordo com o estado civil

Para os domínios qualidade de vida em geral e meio ambiente tendo em conta o estado civil recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney (as variáveis não seguem a distribuição normal).

Na tabela 11 vemos os dados resultantes da aplicação do teste, em que se evidencia que o valor de prova não é significativo para nenhum dos domínios.

	Estado civil	Mean Rank	Valor de prova
Domínio qualidade de vida em geral	Casado	10,71	0,836 <sup>NS</sup>
	Viúvo	10,19	
Domínio meio ambiente	Casado	10,83	0,756 <sup>NS</sup>
	Viúvo	10,00	

NS – Não significativo

Tabela 11. Teste Mann-Whitney para comparar os domínios qualidade de vida em geral e meio ambiente em função do estado civil

Todos os valores de prova obtidos e apresentados nas tabelas 10 e 11 são superiores a 5% pelo que se conclui que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios tendo em conta o estado civil para cada domínio e concluimos que não existe relação entre o estado civil e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados em meio rural.

Da mesma forma, relativamente ao domínio psicológico é de todo pertinente acrescentar que os idosos referem que as visitas às suas residências lhes permitem avivar as memórias, relembrando experiências passadas com os filhos que saudosamente “visitam” observando e desfolhando os álbuns das fotografias que ainda possuem.

### **3. Discussão dos resultados**

De forma a evidenciar os dados significativos que foram encontrados e confrontá-los com as opiniões dos autores que deram suporte ao estudo teórico, bem como inferir se os objectivos iniciais se concretizaram após a análise estatística, iremos de seguida apresentar reflexões críticas acerca dos resultados obtidos.

Conforme já referimos, a população é constituída por 12 inquiridos do sexo feminino e 8 do masculino em que as idades variam dos 77 aos 94 anos, sendo a idade média 85,75 anos e o desvio-padrão 5,34 anos. Os presentes resultados vão de encontro ao descrito pelo Instituto Nacional de Estatística aquando dos resultados do Censos 2001 (INE, 2002c) em que se verificou que o número de pessoas com 65 ou mais anos duplicou entre 1960 e 2004. Estima-se que em 2050 tal voltará a acontecer, esperando-se que a população idosa atinja os 32% da população total. Relativamente ao estado civil, verifica-se que 12 dos inquiridos são casados e 8 são viúvos. Estes resultados vão de encontro aos Censos 2001 (INE, 2002) quando nos referem que a população idosa, embora cada vez mais envelhecida, continua a ser a faixa etária do país, onde ainda se mantém um número superior de casados, sendo que ao nível da viuvez é maioritário nas mulheres.

No que diz respeito à escolaridade, verifica-se que 11 dos inquiridos possuem a 4.<sup>a</sup> classe, 5 a 3.<sup>a</sup> classe e os restantes não tem qualquer nível de instrução. De acordo com dados dos Censos 2001, a população mais idosa é a que, actualmente, possui um nível de escolaridade com baixas qualificações, sendo que ainda se encontram muitos idosos sem qualquer tipo de escolaridade. No entanto, de realçar que no presente estudo e porque os próprios idosos tinham, obrigatoriamente, que ter o 4º ano de escolaridade para poderem trabalhar como cantoneiros e costureiras, profissões mais recorrentes, é uma população que foge à média da escolaridade em outros locais rurais, pois a maioria possui escolaridade obrigatória, tendo em conta a idade de cada idoso.

Relativamente à residência, 19 inquiridos viveram toda a sua vida na aldeia de Pinelo, e há um idoso que é oriundo duma freguesia do concelho e está institucionalizado há 2 anos. Pensamos que este facto contribui para que os idosos inquiridos percepcionem a sua qualidade de vida como boa. A possibilidade de estar no mesmo espaço geográfico onde viveram a vida toda, o continuarem a poder visitar as suas propriedades, incluindo a casa, confere-lhes um sentimento de bem-estar traduzido nas respostas dos diferentes domínios da escada WHOQOL – BREF. De realçar que os principais problemas de saúde mencionados foram: AVC (há inclusive 1 acamado como consequência disso) hipertensão,

hemorróidas, anemia, problemas cardíacos, diabetes. Há ainda vários idosos que referem ter os problemas associados à velhice: não ouvir bem, não ver bem, dificuldade em andar, sendo comum referir que a idade não perdoa. Desta forma, os resultados obtidos na presente investigação vão de encontro ao referido por Fonseca *et al* (2005) quando salienta que a promoção da saúde e qualidade de vida são os objectivos mais importantes numa actividade com idosos, já que é fundamental que o idoso aprenda a lidar com as transformações do seu corpo e tire proveito das suas condições, prevenindo e mantendo sempre a sua plena autonomia. Para isso será necessário que procure um estilo de vida activo, integrando actividades físicas na sua vida quotidiana, facto que acontece no Lar de Santa Eulália, com a prática semanal de actividades orientadas por um fisioterapeuta.

Quando inquiridos sobre o que é ter qualidade de vida umas das respostas mais frequentes foi “ter saúde, poder andar e ir até casa ou à horta, ter os filhos por perto”; muitos referem que qualidade de vida era “voltar a ser novo (20/30 anos) em que se podia fazer tudo”. Considerando que uma das necessidades referidas pela nossa população é a ausência/contacto reduzido com os filhos e família mais directa. Neste aspecto os nossos dados vão de encontro ao estudo de Fonseca *et al* (2005) quando refere que uma das grandes lacunas sentidas pelos idosos é a ausência dos filhos ou a distância a que se encontram, muitas vezes provocada pela emigração para as zonas urbanas e estrangeiro, à procura de melhor vida. E por este motivo os mesmos autores referem que as nossas aldeias são “terras de velhos”, onde se fecham escolas e se abrem lares, exactamente como a aldeia do nosso estudo e tantas outras que haverá por este Portugal. Com estes resultados consideramos ter dado resposta à nossa primeira questão de investigação.

Relativamente à satisfação com a sua permanência no lar, verifica-se que 16 inquiridos afirmam ser bastante felizes no Lar de Santa Eulália, 3 referem ser pouco felizes e apenas 1 refere que é muito feliz. Assim, consideramos de extrema importância ressaltar que para Berger e Mailloux-Poirier (1995) um dos problemas com que se deparam as famílias está no meio ambiente e na satisfação ou insatisfação que os idosos possam sentir quando residentes nestas instituições, nas imensas barreiras arquitectónicas (existência de muitos degraus, falta de espaço físico) ou mesmo a inexistência de meios que facilitem a segurança e a mobilidade do idoso, (como por exemplo, barras de segurança, corrimões e rampas). Nesta linha de pensamento, Fonseca (2004) concluiu no seu estudo, que a institucionalização em meio rural é considerada como último recurso, isto é, apenas quando o idoso deixa de ter o suporte familiar do cônjuge, família próxima, família afastada e vizinhos, é que considera a sua ida para o lar como necessária, de forma a poder



ser apoiado no seu dia-a-dia. Este autor (2004) refere também que em alguns casos os idosos preferem ser institucionalizados em lares próximos das cidades onde os filhos vivem e trabalham em detrimento do lar da localidade rural. Será, essencialmente por estes motivos, para além das limitações físicas decorrentes da idade que a institucionalização acontece e, no caso presente, os idosos possuem plena consciência destes factos, assim como preferiram ficar num lar localizado dentro da aldeia onde sempre viveram. Com estes resultados consideramos ter dado resposta à questão de investigação definida relativamente ao grau de satisfação que os idosos têm em relação à instituição.

Tendo em conta o nível de satisfação com a vida, verifica-se que 9 inquiridos encontram-se no nível 8 da satisfação com a vida, três indicam o nível 7, três indicam o nível 6, quatro respondem o nível 5 e um refere o nível 4. Tendo em conta os resultados do presente estudo, verificamos que vão de encontro ao estipulado por Marques (1991) quando refere que à medida que o ser humano envelhece as suas capacidades de adaptação diminuem, tornando o idoso mais sensível ao meio ambiente. O estado idoso, bem como todas as restrições implícitas ao seu funcionamento, fazem com que o meio se torne elemento facilitador ou uma barreira para a sua vida. A satisfação do idoso face ao seu meio ambiente residencial encontra-se intimamente ligada ao seu bem-estar psicológico. De acordo com estudos realizados por este autor, os idosos que residem em casa mostram-se mais activos, optimistas e com maior vontade de viver. Pelo contrário, os idosos que residem em instituições mostram-se mais inactivos, pessimistas e apáticos. No entanto, os resultados do nosso estudo contradizem esta premissa, pois os idosos consideram-se num nível alto de satisfação, dentro da instituição, porque podem deslocar-se à sua casa, à sua horta, aos locais que lhes são familiares e com os quais se identificam e que ainda reconhecem como seus, mantendo a sua noção de pertença e não esquecendo a identidade individual.

Os idosos estão globalmente satisfeitos com a sua qualidade de vida em cada um dos domínios da escala WHOQOL-BREF, em particular, no domínio social cujo valor médio obtido é aproximadamente 80. Assim, os resultados obtidos no nosso estudo em que os idosos inquiridos, se referem aos seus companheiros residuais, como amigos de longa data, compadres, “colegas de carteira”, a partilhar os mesmos interesses pela aldeia, relacionam-se com o que refere Ribeiro (1994) quando salienta que as relações sociais vão de encontro à teoria da comparação social de Festinger, que nos refere que utilizamos a comparação para avaliar os nossos juízos, para estabelecer o nosso nível de aspirações e inclusivamente a nossa auto-estima. Se necessitamos de uma auto-estima positiva, uma

comparação com pessoas de nível superior implica uma imagem negativa da nossa parte, razão porque procuramos estabelecer comparação com pessoas do nosso meio., similares a nós. Para o mesmo autor, os idosos que compartilham uma experiência histórica e social comum, e possuem problemas idênticos, entendem-se melhor entre si. Desta forma, os idosos formam uma subcultura à parte, uma minoria social, que lhes ajuda a manter a sua identidade e de uma auto-estima, pois permite-lhe estabelecer comparações de si com outras pessoas que estão em situação similar. Com estes resultados consideramos ter dado resposta à nossa terceira questão de investigação.

O domínio físico é o que tem menor valor médio pelo que é o domínio que traduz menos satisfação com a qualidade de vida. Estes resultados vão de encontro ao referido por Paúl (1991) pois o idoso ingressa numa instituição devido à crescente incapacidade funcional e/ou problemas graves de saúde; à falta de recursos económicos para as reparações necessárias das suas casas; à perda do cônjuge; à perda de casa própria.

O mesmo autor (1991) refere ainda que a saúde física é crucial para o estado de felicidade, pois a ausência de saúde fomenta sofrimento e quebra o bem-estar. A doença física mobiliza as capacidades de *coping* para a recuperação, evidencia todos os recursos existentes para ultrapassar essa dificuldade, sendo estas situações mais deterioráveis quanto mais avançada for a idade. Desta forma, a apreensão de qualidade de vida física passa pela qualidade de saúde e autonomia, capacidades residentes para a realização das actividades diárias (AVDI) é uma das variáveis basilares para a satisfação e qualidade devida da pessoa. A forma como auto-avalia a sua saúde e a atitude como encara o envelhecimento são substanciais para o bem-estar do idoso.

Em termos de valores mínimos obtidos destaca-se o domínio físico e o psicológico com os valores mais baixos o que denota pior satisfação com a qualidade de vida. Com estes resultados consideramos ter dado resposta à nossa segunda questão de investigação.

Após a análise e discussão apresentadas, concluiu-se que o nível de qualidade de vida dos idosos no estudo da população seleccionada, possui um nível elevado e que as variáveis (género, estado civil), que poderiam ter alguma influência satisfatória, não são de forma alguma motivo de aumento ou diminuição, no já referido nível de qualidade de vida.

De acordo com Brissos (1990) e apesar do envelhecimento ser um destino biológico do homem, é vivido de forma variável consoante o contexto em que se insere, isto é, o contexto social em que o indivíduo envelhece, determina se o processo de envelhecimento é uma experiência positiva ou negativa.

Todavia, o contexto social é também influenciado pelo envelhecimento, uma vez que o idoso é possuidor de determinadas características e experiências que implicam uma determinada actuação por parte da sociedade.

Assim, consideramos, também após análise das questões da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida: WHOQOL-Bref com opiniões muito similares, como sejam, o facto de os filhos não os visitarem, a incapacidade motora, que eventualmente influencia a sua independência física, a vontade de tratar das suas coisas (materiais) como a casa, a horta e os animais e, paralelamente, a sua satisfação com a forma como estão a ser tratados pela instituição, pois estão conscientes das suas limitações inerentes à sua idade.

Da mesma forma, os idosos consideram que o facto de se encontrarem institucionalizados com outros idosos da mesma aldeia, pessoas conhecidas de toda a vida, lhes proporciona maior bem-estar, pois podem conviver e confraternizar com mais confiança e à-vontade; têm também uma opinião muito positiva, relativamente, à forma como são tratados na própria instituição. Com estes resultados consideramos ter dado resposta à nossa quarta questão de investigação, relativamente ao domínio social da escala, onde se coloca em evidência a satisfação dos idosos em se encontrarem ainda em locais ou num ambiente muito similar ao que referem ter possuído na família, isto é, rodeados de pessoas amigas e conhecidas, para além de estarem próximos dos seus bens materiais e que ainda os tocam emocionalmente.

Refira-se, igualmente, que todos os idosos abordam a religiosidade como um factor de protecção, pois referem “*estou bem, graças a Deus...*”, “*agradeço a Deus por ainda conseguir dar uns passinhos...*”, entre outras opiniões, que permitem concluir que a resignação que sentem será, provavelmente, mais um factor que propicia a existência de relação entre a religiosidade e a própria qualidade de vida da população.

## **Considerações finais**

Cuidar de pessoas com necessidades de assistência diária, quer parcial ou total, é um caminho que exige conhecimentos actualizados e profundos para poder ajudar a preservar por mais tempo as suas capacidades. Igualmente, os idosos deverão ser apoiados e orientados pelo cuidador mais próximo e/ou família no sentido de encontrar soluções em tempo útil, sejam elas sociais, éticas, legais respeitando as suas crenças, valores morais, religião e até mesmo soluções económicas, para promover a sua qualidade de vida.

Os inquiridos pronunciam-se constantemente sobre as suas limitações. As suas manifestações caem sobretudo em défices de mobilidade, isto é, ao nível das limitações físicas comprometendo a sua locomoção, e condicionam a sua autonomia individual, que por sua vez contribuem para a não satisfação da sua qualidade de vida, como também, serve de justificação para estar no lar.

No entanto, os idosos estão institucionalizados no lar, conscientes, conforme já referimos, das limitações que possuem, o que não significa que não se sintam como estando numa segunda casa, até porque em cinco minutos podem visitar as suas raízes.

Esta situação leva a que haja uma preocupação cada vez maior, com o bem-estar físico, psicológico, social e ambiental; no sentido de proporcionar um estilo de vida saudável, independente, bem como uma vida com qualidade.

Recordando uma vez mais a questão de partida deste estudo “poderão os idosos, institucionalizados em meio rural, sentir/percepcionar que a instituição onde se encontram lhes garante uma qualidade de vida geral adequada às suas necessidades?”, pensamos que sim, tendo em conta os resultados verificados através da escala da QdV.

Para a concretização da presente investigação, encontramos algumas insígnias, tais como, a dificuldade em conciliar a profissão com a necessidade de um maior acompanhamento dos idosos estudados, bem como, a dificuldade em concretizar deslocações mais longas para adquirir e consultar mais bibliografia ou mesmo solicitar orientações a autores com estudos já publicados. Algumas destas delineações foram depois colmatadas recorrendo ao uso dos endereços electrónicos de alguns autores que de imediato se prontificaram a apoiar e contribuir para a concretização desta investigação.

De referir, e salientar, o respeito que merecem as pessoas idosas com ou sem demência, nunca é demais ouvir cada palavra, cada conceito das várias vertentes do saber.

Nas veracidades, porém, é necessário saber combinar a doçura de um gesto e a melodia de comunicar ao gosto de cada cliente.

Algumas decisões, descritas ao longo da presente dissertação, são plausivelmente justificadas no sentido em que pretendemos caracterizar o mais possível a realidade com que nos deparamos. Consideramos ser esta uma temática ainda pouco analisada em Portugal, pois a longevidade populacional aumentou e a institucionalização veio colmatar esta necessidade, não facilmente resolúvel de outra forma. É de todo importante valorizar e promover a qualidade de vida dos idosos, a manutenção da autonomia, assim como a estimulação motora e intelectual, insistindo no incentivo em participar em tarefas ocupacionais, actividades de enriquecimento e entretenimento social, para além da realização das suas actividades diárias pessoais.

## **Referências bibliográficas**

- Almeida, M. L. (1999). Crenças acerca do envelhecimento Humano. *Revista Referência*, n.º 3, pp. 7-14.
- Awad G, Voruganti LNP (2000). Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophr Bull*, n.º 26, pp. 557-564.
- Ballesteros, R. F. (1993). *Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicologia clinica y de salud*. Salamanca: Edições Pirâmide.
- Ballesteros, R. F. (2000). *Gerontologia Social*. Salamanca : Edições Pirâmide.
- Barata, T e Clara, H. S. (1997). *Actividade física nos Idosos*. Odivelas: Europress.
- Beauvoir, S. (1970). *La Vieillesse*. Paris: Galhimar.
- Berger. L. e Mailloux-Poireier, D. (1995). *Pessoas idosas - uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidactica.
- Berger, B; Pargnan, D.; Weinberg, R. (2002). *Fundamentações of exercise psychology*. USA: Fitness Information Technology, Inc..
- Birren, K.W. e Schrrots, J.F. (1995). History, concepts and theory in the psychology of aging. Em: Birren, J.E. & Schaie, K.W. (eds). *Handbook of the psychology of aging*. San Diego: Academic Press.
- Birren, J. E. e Zarit, J. (1985). Concepts of Health, Behavior, and Aging, Em Birren , J. E. (Ed), *Cognition, Stress and Aging* (p. 18). Livingstone: Prentice-Hall.
- Bleger, J. (1989). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brissos, A. (1990). Envelhecimento: algumas considerações sob o ponto de vista sociológico. *Servir*, n.º 40 (1), pp 16-31.
- Canavarro, M. C., Serra, A. (s/d). *Instrumento WOQOL-BREF, Procedimentos de administração do WHOQOL-Bref e procedimentos de pontuação do WHOQOL-Bref em SPSS, Manual do Utilizador e Sintaxe*.
- Canavarro, M. C.; Serra, A. V.; Simões, M. R.; Pereira, M., Gameiro, S.; Quartilho M. J.; Rijo, D.; Carona, C.; Paredes, T. (2006). *Qualidade de vida* <http://www.fpce.uc.pt/saúde/index/.htm> (acedido em 2011-08-08).

- Canavarro, M.C. e Serra, A.V. (coord.) (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Simões; M., Pereira, M.; Pintassilgo, A L. (2005). *Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação e Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para portugueses de Portugal: Apresentação de um projecto*. Projecto apresentado no 6º Congresso Virtual HIV/AIDS, 17 de Outubro de 2005. Consulta em SIDAnet- Associação Lusófona <http://www.aidscongress.net/pdf/whoqol-hiv-abstract-238-comunic-270.pdf> (acedido em 2011-08-08).
- Cancela, D. M. G. (2007). *O processo de envelhecimento*. Porto: Edições Lusíada.
- Corrêa, A. C. (2000). *O Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer*. Belo Horizonte: Health.
- Chodzko-Zajko, W. (1998). *Physiology of aging and exercise*. Em: Cotton, R. T. Exercise for older adults: ace's guide for fitness professionals. Champaign: Human Kinetics.
- Costa, M. A. M. (1999). Questões demográficas: Repercursões nos cuidados de Saúde e na formação dos enfermeiros. Em Costa, Maria Arminda Mendes et al.. "*O idoso problemas e realidades*". Coimbra: Formasou: Formação e Saúde Lda.
- Coste, J. (1993). Evaluation de la Sanité des Population et Instruments de Mesure de la Qualité de Vie. Em Herrisson & Simon (Ed.), *Evaluation de la Qualité de Vie*, pp. 33-38. Paris: Masson.
- Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, n.º 12 (1), pp. 1-13.
- Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de Março. *Define o regime jurídico de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas*. Ministério do Emprego e Segurança Social.
- Despacho normativo n.º 67/89, de 26 de Julho de 1989. *Estabelece normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares com fins lucrativos de apoio a idosos*. Ministério do Emprego e Segurança Social.
- D.G.S. – DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, (2003). *Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso*, Circular Informativa da Direcção Geral de Saúde.
- Dias, C. B. (1987). O idoso diante da vida. Em Petroianu, Andy e Pimenta, Luís Gonzaga *Clínica e cirurgia geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Ermida, J. G. (1999). Processo de envelhecimento. Em A. Costa. et al. (eds.), *O Idoso: problemas e realidades*. Coimbra. Editora Formasau.
- Fallowfield, L. (1990). *The quality of life-The missing measurement in health care*. London: Souvenir Press.
- Filho, E. T., e Alencar, Y.M. (1998). Teorias do envelhecimento. Em E. Filho & M. Neto (s.d.), *Geriatrics, clínica e terapêutica*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Fleck, M.A. et al (1999a). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (“WHOQOL-100”) *Revista Brasileira de Psiquiatria*, S. Paulo, vol. 21 (1), pp. 19-21.
- Fleck, M.A. et al (1999b). Aplicação da versão em Português do Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (“WHOQOL-100”) *Revista de Saúde Publica*, S. Paulo, vol.33, pp. 198-205.
- Fleck M.A. et al (1999) Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, S. Paulo, vol. 21 (1), pp. 19-28.
- Fleck, M.A. et al (2000). Aplicação da versão em Português do Instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-BREF”, *Revista de Saúde Publica*, S. Paulo, vol. 34 (2) pp. 178-183.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A.M., Paul, C., Martim, I. e Amado, J. (2005). Condição Psicossocial de Idosos Rurais numa Aldeia do Interior de Portugal. Em C. Paúl e A. Fonseca (Eds) *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. M. (2004). *O envelhecimento: Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fortin, M.F. (2000). *O Processo de Investigação – Da Investigação à realização*, Loures: Lusociência.
- Garcia, C. (2000). *Panorâmica sobre a velhice: uma introdução*. Psicologia: “envelhecimento” perspectivas multidisciplinares, VI (2), pp. 131-133.
- Grelha, P.A. S.S. (2009). *Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário. Estudo sobre a influência da educação para a saúde na qualidade de vida*. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa.



- Ilhéu, J. (1993). *Estratégias da participação social na população idosa do Alentejo*. Economia e sociologia, n.º 56, pp. 27-50.
- Instituto Nacional de Estatística (2002 b). *Censos 2001- Resultados definitivos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2002 c). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Em [www.ine.pt](http://www.ine.pt) (consultado a 29 de Julho de 2011).
- Instituto Nacional de Estatística (2001). *Recenseamento geral da população. Resultados definitivos*.
- Jentoft, A. (1991). El Índice de Katz. *Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia*, pp. 5 a 24, Madrid, s/editora.
- Kaplan, R. M. (1985). *Quality-of-life Measurement*. Em Paul Karoly, pp. 115-146. Chichester: John Wiley & Sons.
- Kirkwood, T. (2000). *El fin del envejecimiento*. Barcelona: Tusquets Editors.
- Leal, C. M. da S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Universidade dos Açores, em <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>, (acedido em Setembro de 2011).
- Leon, M. I. W. H. (2001). *A eficácia de um programa cinesioterapêutico para mulheres idosas com incontinência urinária*. Fisioterapia Brasil, São Paulo, ano 2, n. 2, mar./abr.
- Lima, A. P. e Veigas, S. M. (1988). *A diversidade cultural do envelhecimento: a construção cultural da categoria de velhice*. Psicologia, VI (1), pp. 149-158.
- Lopes, M. A.; Siedler, M. J. (2004) *Actividade Física: agente de transformação dos idosos. Texto & Contexto – A Enfermagem e o Envelhecer Humano*. Florianópolis: Papalivro, pp. 330-337.
- Lutter, J.M., Jaffee, L., Lee, V., Benyus, J., Jones, C., Johnson, V. N., Zurek, L. (1990). *The Bodywise Woman. The Melpomene Institute for Woman's Health Research*. USA: Human Kinetics Publishers.
- Marques, H. (1991). Envelhecimento, *Fisioterapia*, n.º 2, pp. 5-14.
- Melo, A. C. (1998). A competência do enfermeiro ao cuidar do idoso. *Servir*, n.º 46 (5), pp. 242-247.
- Minayo, M.C.S.; Hartz, Z.M.A.; Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência Saúde Coletiva*, n.º 5, pp. 7-18.

- Nina, E., & Paiva, C. (2001) Idosos Rurais e Urbanos: estudo comparativo. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, n.º 138, pp. 9-32.
- Nunes, B.(2008). *Envelhecer com Saúde, Guia Para Melhorar a Sua Saúde Física e Psíquica*, Lidel, Edições Técnicas.
- Whoqol Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, n.º 41 (10), pp. 1403-1409.
- Worobey, J. L. e Angel, R. J. (1991) Functional Capacity and Living Arrangements of Unmarried Elderly Persons. *Journal of gerontology: Social Sciences*, n.º 45, pp. 595-601.
- Organização Mundial de Saúde (1947). *WHO- World Health Organisation (1948). Officials Records of the World Health Organization*, No 2, 100 p.. United Nations, World Health Organisation. Geneve. Interim Comissiom.
- Organização Mundial de Saúde (1994) *WHO- World Health Organisation (1994). Report of the WHOQOL Focus Group*. WHO (MNH/psf/94) Geneva: WHO.
- Paúl, M. C. (1991).?? Panorama demográfico dos idosos em Portugal. *Geriatrics*, n.º 38 (4), pp. 21-26.
- Paúl, M.C. e Fonseca, M.A. (1997). A Saúde e Qualidade de vida dos idosos. *Psicologia Educação e Cultura - Colégio Internato dos Carvalhos*.
- Paúl, M. C.; Fonseca, M. A.; Martim, I, & Amado, J. (2005). *Satisfação e qualidade de vida em idosos de Portugal. A construção de um envelhecimento Humano*, Lisboa.
- Pimentel, L.M.G. (2001). *“O lugar do Idoso na Família: contexto e trajectórias”*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Edições Almedina, Coimbra.
- Pinto, A.(2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra Editora Quarteto.
- Quaresma, M. (1996). *Cuidados familiares às pessoas muito idosas*. Colecção Documentos Temáticos, No 5. Direcção Geral da acção Social Núcleo de documentação técnica e divulgação.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da Qualidade de vida para a Psicologia da Saúde, *Análise Psicológica*, 2/3 (XII), pp.179-191.
- Rowe, J. W.; Kahn, R. L(1997) Successful Aging, *The Gerontologist*, n.º 37, pp. 433-440.
- Rojas, E. (2001) “Quién eres? De la personalidad a la autoestima”, *Colección Vivir*.

- Saldanha, H. (2009). *Bem Viver Para Bem Envelhecer. Um Desafio à Gerontologia e à Geriatria*. Lisboa, Editora Lidel.
- Santos, A. L.; Trindade, I. (1997) Intervenção psicológica em programas de saúde para idosos. Em José L. P. Ribeiro, 2º congresso Nacional de Psicologia da Saúde- Actas, p. 253-282, Braga: ISPA.
- Silva, J. V. da (1995). *Saúde do Idoso: processo de envelhecimento sob Múltiplos Aspectos*. São Paulo: Iátria.
- Serra, A.V. et al (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, Jan/Mar, Vol. 27, n.º 1, Hospitais da Universidade de Coimbra.
- Spar, J. E.; La Rue, A. (1997). O Envelhecimento Normal, Em *Guia de Psiquiatria Geriátrica*, pp. 13-38, 1º Vol., 1ª ed, Lisboa: Climepsi Editores.
- Vaz Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.

## **Anexos**

**Anexo A – Pedido de autorização para utilização do instrumento  
de recolha de dados**

## Re: Escala whoqi-bref

De: **Maria Cristina Canavaro** (mccanavaro@netcabo.pt)  
 Enviada: terça-feira, 19 de Julho de 2011 14:42:39  
 Para: **Mª Alice Silva** (maralis@hotmail.com)

Cara Dra. Maria Alice Silva,

Convido-a a visitar a nossa página (<http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>) e a preencher o formulário que nela pode encontrar, relativos à utilização das versão portuguesa dos instrumento que pretende para o  
 possa enviar, bem como as respectivas informações.

Aguardando o seu contacto, envio os meus cumprimentos,

MCristina Canavaro

-----  
 Maria Cristina Canavaro  
 mcanavaro@fpce.uc.pt  
<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>  
<http://www.huc.min-saude.pt/unipmaternidade>

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da  
 Universidade de Coimbra  
 Rua do Colégio Novo, Apartado 6153  
 3001-802 Coimbra Portugal  
 Tel. (+351 239851450) Fax (+351 239 851465)

Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP)  
 Maternidade Doutor Daniel de Matos  
 Avenida Miguel Torga  
 3030-165 Coimbra Portugal  
 Tel. (+351 239403060) Fax (+351 239 403062)

From: **Mª Alice Silva**  
 Sent: Tuesday, July 19, 2011 3:41 PM  
 To: [mccanavaro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavaro@fpce.uc.pt)  
 Subject: Escala whoqi-bref

Ex. ma Senhora Professora Doutora Cristina Canavaro

Sou aluna de mestrado de Educação Social, no Instituto Politécnico de Bragança, e, na minha tese "Qualidade de Vida Do Idoso Institucionalizado em Ambiente Rural", pretendo utilizar a escala Whoqi-Bref para avaliar a qualidade de vida dos Utentes.

Com base no artigo publicado na revista de Psiquiatria Clínica, 27, (1), pp. 41-49, 2006, solicito a V. Ex a autorização da aplicação da mesma para o meu estudo. Gostaria também que me informassem a forma de cálculo do Índice de QV Geral.

Agradeço antecipadamente a ajuda que me possa dar.

<http://du108w.duh108.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=5419b369-b215...> 28-07-2011

## (Sem Assunto)

De: **MP Alice Silva** (m.avis@hotmail.com)  
Enviada: quarta-feira, 20 de Julho de 2011 10:15:04  
Para: doutora cristina canavaro (mccanavaro@dpce.uc.pt)  
**1 anexo**  
Formulário WHOQOL\_alice.doc (32,0 KB)

Ex. ma Senhora Professora Doutora Cristina Canavaro

Envio, em anexo o formulário preenchido.  
Não sei se é necessário mais algum documento.  
Grata, pela disponibilidade  
Com os melhores cumprimentos

Atenciosamente  
Maria Alice Cavaleiro Silva

## FORMULÁRIO WHOQOL \*

Centro Português da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Avaliação da Qualidade de Vida

### 1. Instrumento

☐ WHOQOL - 100      ☒ WHOQOL - brief

### 2. Identificação do Estudo/Projecto

Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado em Meio Rural

### 3. Identificação do Investigador Responsável ou

[para alunos] Orientador/supervisor de projecto/base

Nome: Doutora Maria Nascimento Mateus

Morada: Instituto Politécnico de Bragança

Telefone:

### 4. Identificação dos elementos da equipa do projecto

Maria Alice Cavaleiro Silva

Rua Visconde da Bouça , lote 4, 2º Direito 5300 Bragança

E-mail: m.avlis@hotmail.com

Telefone: 364551211

### 5. Objectivos do Projecto

Avaliar a qualidade de vida do Idoso Institucionalizado no Meio Rural

Analisar a percepção que o idoso tem da qualidade de vida

Caracterizar sob ponto de vista demográfico o grupo de utentes

### 6. Dados Metodológicos

#### 5.1. Tipo de população

Todos os utentes residentes no Lar de Santa Eulália na Freguesia de Paredes.

#### 5.2. Tamanho da amostra

20 Pessoas

#### 5.3. Bateria de avaliação (outros instrumentos)

Questionário Demográfico

Data: 19. de Junho \_\_\_\_ de 2011

Assinatura: Maria Alice Silva

\* Enviar para: [mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)

Ou Professora Doutora Maria Cristina Sousa Canavarro  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra  
Rua do Colégio Novo - Apartado 6153  
3001-802 Coimbra



## Re: Envio do questionário

De: **Maria Cristina Canavarro** (mcanavarro@netcabo.pt)  
Enviado: quinta-feira, 28 de Julho de 2011 22:57:25  
Para: **Mª Alice Silva** (m.alves@hotmail.com)

Cara Dra. Maria Alice,

Agradeço o seu cuidado.

O WHOQOL deverá ser utilizado "tal qual" no formato que é disponibilizado.

As perguntas ou questões suplementares deverão surgir à parte.

Com os melhores cumprimentos,

MCristina Canavarro

.....

**Maria Cristina Canavarro**  
mcanavarro@fpce.uc.pt  
<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>  
<http://www.huc.min-saude.pt/unipmaternidade>

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da  
Universidade de Coimbra  
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153  
3001-802 Coimbra Portugal  
Tel. (+351 239851450) Fax (+351 239 851465)

Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP)  
Maternidade Doutor Daniel de Matos  
Avenida Miguel Torga  
3030-165 Coimbra Portugal  
Tel. (+351 239403060) Fax (+351 239 403062)

From: Mª Alice Silva  
Sent: Thursday, July 28, 2011 3:24 PM  
To: doutora.cristina.canavarro ; doutora.cristina.canavarro  
Subject: Envio do questionário

Doutora Cristina:

Por lapso meu, não inclui o ficheiro do questionário que organizei, tendo em conta os pressupostos do  
Whoqol-Bref.

Desta forma é pedindo desde já desculpa, pela insistência, agradeço, se possível, que verificasse se a referida  
organização vai de encontro aos seus estudos.

Grata pelo apoio e disponibilidade demonstradas,  
Ao seu dispor,  
Com os melhores cumprimentos  
Maria Alice Cavaleiro Silva

## [WHOQOL-bref] Envio de material

De: **Sofia Gameiro** (sgameiro@fpce.uc.pt)  
Enviada: sexta-feira, 5 de Agosto de 2011 14:42:37  
Para: **maria@hotmaill.com**  
1 anexo  
WHOQOL-BREF.zip (206,2 KB)

Cara Dra. Maria Alice Silva,

As nossas desculpas pela demora na resposta,

Em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-bref, nomeadamente:  
- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-bref  
- manual de aplicação e cotação  
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS

Na nossa página <http://www.fpce.uc.pt/saude/whogolbref.htm> poderá encontrar indicação da bibliografia sobre a versão portuguesa do WHOQOL-Bref.  
Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>.

O Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida agradece se pudessem, após realização do trabalho/investigação a que se propõe, disponibilizar um resumo dos resultados obtidos.

Com os melhores cumprimentos,

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida

Sofia Gameiro

--

Sofia Gameiro  
sgameiro@fpce.uc.pt

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação  
Universidade de Coimbra  
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153  
3001-802 COIMBRA  
telef. 239 851450 / fax 239 851465

**Anexo B – Pedido de autorização para aplicação do instrumento  
de recolha de dados**

Exmo. Senhor  
Padre Amado  
Director do Lar Santa Eulália  
Pinelo – Vimioso

Maria Alice Barrigão Cavaleiro Carvalho da Silva, aluna n.º 18369, do Instituto Politécnico de Bragança, a frequentar o Mestrado de Educação Social, vem solicitar a V.ª Ex.ª, autorização para elaborar um estudo de investigação subordinado ao tema: "Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural", com o objectivo de verificar qual a percepção que os idosos possuem acerca da sua qualidade de vida na instituição e considerando as dimensões do questionário adaptado para a população portuguesa "WOQOL-Bref", de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde.

O presente estudo será realizado respeitando as normas de confidencialidade dos dados recolhidos, após o consentimento informado dos idosos participantes no estudo.

Pede deferimento

Bragança, 25 de julho de 2011-07-25

  
(Maria Alice Barrigão Cavaleiro Carvalho da Silva)

Autorizo as sessões  
necessárias à realização  
dos estudos de  
SAÚDE PÚBLICA DE BUREAU  
Pinelo 25 de Julho de 2011  
Eduardo António Augusto R. Soares

## QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO EM MEIO RURAL

### CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente trabalho de investigação tem como principal objectivo avaliar a qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural.

Para que o objectivo do estudo possa ser alcançado a sua colaboração é fundamental e imprescindível.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações serão recolhidas através de um questionário e de instrumentos de avaliação não invasivos. Estas informações são confidenciais, não serão reveladas a terceiros, nem publicadas individualmente.

A sua participação neste estudo é voluntária podendo retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Depois de ouvir as explicações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: Constituição Centro Social e Paroquial Santa Eulália de Pinelo 29/07/2019  
Data: 29/07/2019  
Assinatura: Constituição Centro Social e Paroquial Santa Eulália de Pinelo  
Data: 29/07/2019

## **Anexo C – Instrumento de recolha de dados (WHOQOL-Bref)**

## **Questionário aos clientes do lar de Santa Eulália – Pinelo-Vimioso**

Este questionário destina-se a obter informação que torne viável a realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema *Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado em Meio Rural*, a realizar no âmbito do Mestrado em Educação Social, leccionado na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança.

O vosso contributo, no respeito pela confidencialidade é, pois, indispensável para conhecer a realidade da instituição em que decorre a realização deste estudo, pelo que agradeço, desde já toda a colaboração que possa ser prestada.

# QUESTIONÁRIO IDOSO N.º

## Parte I

### Caracterização Sócio-Demográfica

1- Género:

Feminino ☐

Masculino ☐

2- Idade (anos): \_\_\_\_\_

3- Estado civil:

Casado ☐

Viúvo ☐

Solteiro ☐

4- Escolaridade:

Sem escolaridade ☐

4ª Classe ☐

Outras Habilitações ☐ Quais: \_\_\_\_\_

5- Antigo local de residência: \_\_\_\_\_

6- Principais problemas de saúde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7- O que é para si ter qualidade de vida?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Parte II

### **Escala de Avaliação da Qualidade de Vida** **WHOQOL-BREF (adaptada para a população portuguesa)**

**8-** O entrevistador deverá fazer a pergunta e, em função da resposta, propor as modalidades mais próximas.

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1	Como classifica a sua qualidade de vida?					

		Nada satisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Está satisfeito com a sua saúde?					

		Não	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
3	Actualmente, uma dor física impede-o(a) de fazer o que tem a fazer?					
4	Necessita de tratamento médico na sua vida quotidiana?					
5	Tem a impressão de gozar a vida?					
6	Acha que a sua vida faz sentido?					

		Não	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
7	É capaz de se concentrar?					
8	Sente-se em segurança na sua vida quotidiana?					
9	Acha que o seu ambiente é saudável ?					

		Não	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
10	Tem energia suficiente na sua vida quotidiana?					
11	Aceita o seu aspecto físico?					
12	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?					
13	Tem as informações que necessita para fazer face à vida quotidiana?					
14	Tem possibilidade de ter actividades de lazer?					

